

**Universidade de Lisboa
Faculdade de Letras
Instituto de Geografia e Ordenamento do Território
Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril**



Instituto de Geografia
e Ordenamento do Território
UNIVERSIDADE DE LISBOA



O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO: O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

Joana Margarida Rodrigues Martins de Sousa

Relatório de Estágio
orientado pela Prof.^a Doutora Alcinda Pinheiro de Sousa,
especialmente elaborado para a obtenção do grau de
Mestre em Turismo e Comunicação.

2017

Resumo

O turismo é uma das principais fontes de riqueza da economia mundial e, atualmente, o setor turístico é cada vez mais confrontado com a necessidade de proporcionar um serviço personalizado e inovador aos seus clientes.

Importa, por isso, considerar que o panorama demográfico atual indica um grande aumento da população sénior. Este grupo populacional adquire mais tempo livre, como resultado da idade da reforma, e é confrontado com diversas alterações, devido às consequências do processo de envelhecimento, nomeadamente em termos de saúde. Logo, o turismo sénior e, consequentemente, o turismo médico revelam-se importantes práticas turísticas a considerar em termos de investimento por parte do mercado turístico, com o objetivo de proporcionar experiências turísticas que atendam às necessidades e expectativas da população sénior.

Portugal apresenta já alguns avanços no âmbito do setor do turismo médico, que poderão ser uma mais valia para o país no futuro. O Campus Neurológico Sénior (CNS) é um exemplo de unidade de saúde que oferece um serviço extremamente completo, conjugando alojamento, serviços de saúde, programas de reabilitação, formação e atividades socioculturais num só espaço.

Em suma, revela-se preponderante a existência de uma real preocupação com a população sénior e com a necessidade de disponibilizar as condições e os serviços necessários à manutenção da sua qualidade de vida e à promoção de um envelhecimento ativo e o mais saudável possível. Por conseguinte, estas considerações permitirão fazer face à concorrência no contexto do setor turístico, incrementando a importância de Portugal como destino de turismo sénior e de turismo médico.

Palavras-chave: Turismo Sénior; Turismo Médico; Envelhecimento Ativo; Interação Sociocultural; Campus Neurológico Sénior.

Abstract

Tourism is one of the main sources of wealth of the world economy and currently the tourism sector has been increasingly confronted with the necessity of providing a personalized and innovative service to its clients.

Therefore, it is important to consider the actual demographic panorama that indicates a considerable growth of senior population. This population group has more free time, as a result of the retirement age, and is confronted with several changes due to the consequences of the ageing process, namely with regard to health. Thus, senior tourism and, consequently, medical tourism reveal themselves as important tourist practises to take into consideration in terms of investment by the tourism market with a view to providing tourist experiences that accommodate the needs and expectations of senior population.

Portugal has already presented some advances in the context of medical tourism which might be very important to the country in the future. Campus Neurológico Sénior (CNS) is an example of a health unit that offers a remarkably complete service, combining accommodation, health service, rehabilitation programs, education and sociocultural activities in the same place.

Briefly, the existence of a real concern about senior population and the necessity of supplying the necessary conditions and services to the maintenance of the quality of life and the promotion of an active and as healthy as possible ageing are preponderant. Accordingly, these considerations will allow Portugal to face up to the competition, ramping up the importance of the country as a destination of senior and medical tourism.

Keywords: Senior Tourism; Medical Tourism; Active Ageing; Sociocultural Interaction; Campus Neurológico Sénior.

Agradecimentos

Ao longo destes dois anos de Mestrado e nomeadamente durante a elaboração deste Relatório de Estágio, foram várias as pessoas que me acompanharam neste percurso e contribuíram de alguma forma para a conclusão deste 2.º ciclo de estudos.

Pelas razões anteriormente citadas, gostaria de agradecer:

Aos vários docentes do Mestrado em Turismo e Comunicação, que me acompanharam e aos meus colegas durante este processo de estudo do Turismo, nem sempre fácil, visto que muitos de nós vinham de outras áreas de estudo, como é o meu caso, tendo sido a minha Licenciatura em Línguas, Literaturas e Culturas. Em especial à Prof.^a Doutora Alcinda Pinheiro de Sousa, a minha professora da disciplina de Comunicação e Cultura, que viria a ser a orientadora deste Relatório de Estágio, dada a temática de estudo, que faz parte das nossas vidas. O seu apoio e acompanhamento foram importantes durante a realização deste trabalho final.

Ao Eng. João Ferreira, o meu Supervisor de Estágio, que se mostrou disponível para me ajudar, sempre que a sua agenda ocupada lhe permitia. E à Ana Cláudia, a Animadora Sociocultural do local onde teve lugar o Estágio, que me auxiliou nas questões referentes à Interação Sociocultural dos utentes da instituição.

À Idália Esteves, que me ajudou a estabelecer um primeiro contacto com o CNS.

À minha família, o mais importante que tenho na vida, que sempre me apoiou em tudo, especialmente durante os meus estudos e na conclusão desta etapa. Em especial à minha mãe, a minha melhor amiga, o meu pilar e a minha eterna conselheira, e ao meu pai e irmão, por me apoiarem e acreditarem nas minhas capacidades. Aos meus avós maternos e paternos, que foram a minha inspiração neste trabalho. Aos meus padrinhos, pelo carinho e apoio constante demonstrados ao longo da minha vida.

Aos amigos, que se mostraram disponíveis para ajudar no que eu necessitasse.

Um sincero agradecimento a todos!

Índice

Índice de Figuras.....	vi
Índice de Gráficos	ix
Índice de Tabelas	x
Índice de Esquemas	xi
Lista de Siglas e Abreviaturas	xii
Introdução	1
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise	3
1. Breve Preâmbulo sobre os Conceitos de “Turismo”, “Turista” e o Panorama Atual do Turismo	3
2. Turismo Sênior e Turismo Médico: Tipos de Turismo em Expansão.....	6
3. Envelhecimento	29
3.1. Biológico.....	33
3.2. Psicológico e Cognitivo	34
3.3. Patológico	35
3.3.1. Patologias Crônicas	36
3.3.2. Patologias Neurológicas	37
3.3.2.1. Doença de Alzheimer	38
3.3.2.2. Doença de Parkinson.....	41
3.4. Envelhecimento Social	43
3.4.1. Reforma.....	43
3.4.2. Família	44
3.4.3. Amizade.....	45
3.5. O Papel do Cuidador	45
4. A Importância de um Envelhecimento Ativo e o Papel Terapêutico da Interação Sociocultural	49
4.1. Resiliência	50
4.2. Envelhecimento Ativo	51
4.3. Cultura.....	52

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

4.4. Interação Sociocultural	53
4.5. O papel do Animador Sociocultural	56
II. Descrição e Análise do Estágio	58
1. Campus Neurológico Sênior (CNS).....	58
1.1. Conceção e Concretização do Projeto	58
1.2. Localização e Disposição do Edifício do CNS	61
1.3. Serviços em Regime de Ambulatório.....	68
1.3.1. Clínica Médica	68
1.3.2. Unidade de Neuroreabilitação.....	73
1.4. Serviços em Regime de Internamento.....	82
1.4.1. Unidade Residencial.....	82
1.4.2. Residência Sênior	90
1.4.3. Animação Sociocultural	94
1.4.4. Perfil dos Clientes do CNS	98
1.5. Outras Iniciativas – CNS Campus de Outono, Primavera e Verão	103
1.6. Preços dos Serviços do CNS	109
1.7. Formação	111
1.7.1. Ciclo de Conferências – “Conversas no Campus”	111
1.7.2. “Conversas da Memória”	114
1.7.3. Simpósios e Cursos de Formação.....	116
1.7.4. <i>Open Days</i>	117
1.8. Investigação	117
1.9. Análise SWOT do CNS	119
2. Estágio no CNS	120
2.1. Contextualização e Área de Atuação	120
2.2. Tarefas Desempenhadas, Participação em Atividades e Balanço sobre o Estágio.....	122
3. Sugestões para o Futuro do CNS	125
Conclusão.....	128
Referências	130

Índice de Figuras

Figura 1 – Principais destinos recetores de turismo médico no mundo (mapa sem escala)	23
Figura 2 – Exemplo de um envelhecimento sedentário, baseado no isolamento e uso excessivo da televisão	49
Figura 3 – Exemplo de um envelhecimento ativo e saudável (Visita ao museu Casa das Histórias Paula Rego).....	49
Figuras 4 e 5 – À esquerda, o Prof. Doutor Joaquim Ferreira, e à direita, o Engenheiro João Ferreira	58
Figura 6 – Inauguração oficial do CNS, com a participação dos antigos Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Dr. Fernando Leal da Costa, e Presidente da Câmara Municipal de Torres Vedras, o Dr. Carlos Miguel	60
Figura 7 – Logótipo do CNS (representação do cérebro humano, com os seus dois hemisférios e as suas respetivas ramificações).....	60
Figura 8 – Posicionamento estratégico do CNS na cidade de Torres Vedras (mapa sem escala)	62
Figura 9 – Fachada do Edifício do CNS	63
Figuras 10, 11, 12 e 13 – Traseiras do Edifício Principal do CNS (Clínica Médica, Unidade de Reabilitação e Unidade Residencial)	64-65
Figura 14 – Vista sobre a cidade de Torres Vedras (a partir das traseiras do Edifício Principal do CNS)	66
Figura 15 – Residência Sénior (vista a partir das traseiras do Edifício Principal do CNS)	66
Figura 16 – Residência Sénior do CNS	67
Figura 17 – Jardim do CNS (vista a partir das traseiras do Edifício Principal do CNS)....	67
Figura 18 – Receção da Clínica Médica	68
Figuras 19 e 20 – Salas de Espera da Clínica Médica.....	69
Figuras 21 e 22 – Instalações sanitárias acessíveis da Clínica Médica	70
Figuras 23 e 24 – Instalações sanitárias comuns da Clínica Médica	70
Figura 25 – Exemplo de Consultório da Clínica Médica	71

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

Figuras 26, 27, 28, 29 e 30 – Exemplos de atividades realizadas no ginásio da Unidade de Neuroreabilitação.....	74-76
Figuras 31, 32 e 33 – Exemplos de atividades realizadas na piscina da Unidade de Neuroreabilitação.....	76-77
Figuras 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 e 41 – Exemplos de atividades realizadas no jardim do CNS	78-81
Figura 42 – Receção da Unidade Residencial	83
Figura 43 – Exemplo das instalações de um quarto individual da Unidade Residencial.....	84
Figuras 44, 45 e 46 – Exemplo das instalações de um quarto duplo da Unidade Residencial.....	84-85
Figuras 47, 48, 49 e 50 – Exemplo das instalações sanitárias acessíveis dos quartos da Unidade Residencial	86
Figuras 51 e 52 – Sala de estar situada no 1.º piso, junto aos quartos da Unidade Residencial.....	87
Figuras 53 e 54 – Sala de estar situada no rés-do-chão, junto ao restaurante.....	88
Figuras 55 e 56 – Restaurante do CNS.....	89
Figura 57 – Capela do CNS.....	90
Figura 58 – Corredor que faz a ligação entre o Edifício Principal e a Residência Sénior.....	91
Figuras 59 e 60 – Exemplo das instalações de um apartamento T1 da Residência Sénior.....	91-92
Figuras 61 e 62 – Exemplo das instalações de um apartamento T0 da Residência Sénior.....	92-93
Figura 63 – Exemplo de <i>kitchenette</i> dos apartamentos T1 e T0 da Residência Sénior.....	93
Figura 64 – Utente a ler	96
Figura 65 – Utentes a jogar xadrez.....	97
Figura 66 – Atuação do Coro da Associação de Reformados de Torres Vedras no CNS	97
Figura 67 – Atuação da Tuna da Universidade Sénior de Torres Vedras no CNS.....	98

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

Figuras 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74 e 75 – Exemplos de atividades desenvolvidas no âmbito dos CNS Campus no CNS	103-105
Figuras 76, 77 e 78 – Atividade no exterior do CNS (Passeio turístico ao Castelo de Torres Vedras)	105
Figuras 79, 80 e 81 – Atividade no exterior do CNS (Passeio turístico ao Jardim Buddha Eden, no Bombarral).....	106-107
Figuras 82, 83 e 84 – Atividade no exterior do CNS (Praia de Santa Cruz)	107-108
Figura 85 – Exemplo de uma das sessões de “Conversas no Campus”	113
Figura 86 – Casa da Avó Gama	114
Figura 87 – Exemplo de uma das sessões que teve lugar na Casa da Avó Gama	115
Figuras 88 e 89 – Sessão sobre “Os medicamentos para a memória funcionam?”, que decorreu no Auditório dos Paços do Concelho, com o Prof. Doutor Joaquim Ferreira como palestrante.....	115-116

Índice de Gráficos

Gráfico 1 – Esperança de vida à nascença no mundo, 1950-2100 (estimativas de 2012)	6
Gráfico 2 – Viagens por segmento turístico na Europa, 2000-2020	27
Gráfico 3 – População (%) com idade igual ou superior a 60 anos, 1980-2015 e estimativas até 2050 (estimativas de 2014).....	30
Gráfico 4 – População (%) com um ou mais problemas de saúde, por género e grupo etário, em Portugal (2011)	36
Gráfico 5 – População (milhões) afetada por demência no mundo, 2010-2050 (estimativas de 2012)	37
Gráfico 6 – Género dos utentes em regime de internamento no CNS	99
Gráfico 7 – Idade dos utentes em regime de internamento no CNS	100
Gráfico 8 – Proveniência dos utentes em regime de internamento no CNS	101
Gráfico 9 – Motivo do internamento dos utentes em regime de internamento no CNS	102

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Motivações do turista sênior	11
Tabela 2 – Preços das consultas, dos tratamentos e dos programas de neuroreabilitação	109-110
Tabela 3 – Preços do serviço de alojamento na Unidade Residencial (diário) e na Residência Sênior (mensal).....	110
Tabela 4 – Preço total da participação num CNS Campus de Outono, Primavera e/ou Verão	111
Tabela 5 – Análise SWOT do CNS	119-120

Índice de Esquemas

Esquema 1 – Fatores que influenciam o turista na sua tomada de decisão relativamente a viagens	15
Esquema 2 – A relação custo-benefício do usufruto de serviços de saúde no estrangeiro.....	21

Lista de Siglas e Abreviaturas

- AIBILI** – Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem.
- AVC** – Acidente Vascular Cerebral.
- CNC** – Centro de Neurociências e Biologia Celular.
- CNRS** – Centre National de la Recherche Scientifique.
- CNS** – Campus Neurológico Sénior.
- CTP** – Confederação do Turismo Português.
- DA** – Doença de Alzheimer.
- DDP** – Demência Degenerativa Primária.
- DP** – Doença de Parkinson.
- DSTA** – Demência Senil do Tipo Alzheimer.
- DTA** – Demência do Tipo Alzheimer.
- EP** – European Parliament.
- FMUL** – Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- IBMC.INEB** – Instituto de Biologia Molecular e Celular.
- IMM** – Instituto de Medicina Molecular.
- INE** – Instituto Nacional de Estatística.
- INEB** – Instituto de Engenharia Biomédica.
- IPATIMUP** – Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto.
- ITQB** – Instituto de Tecnologia Química e Biológica.
- JCI** – Joint Commission International.
- MDS-ES** – International Parkinson and Movement Disorder Society.
- OMS** – Organização Mundial de Saúde.
- OMT** – Organização Mundial do Turismo.
- ONU** – Organização das Nações Unidas.
- PALOP** – Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa.
- PD** – Parkinson Disease.
- SCML** – Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.
- SNS** – Serviço Nacional de Saúde.
- UE** – União Europeia.
- YAS** – Young Active Seniors.

Introdução

O presente relatório de estágio é o resultado das aprendizagens adquiridas ao longo do percurso traçado durante o Mestrado em Turismo e Comunicação, assim como do estágio curricular realizado no Campus Neurológico Sénior para conclusão do curso.

Deste modo, o relatório encontra-se dividido em duas partes principais:

- Uma primeira parte destinada a enquadrar teoricamente os tipos de turismo aqui em causa;
- Uma segunda parte referente à descrição e análise do estágio realizado no CNS, como entidade portuguesa que se tem vindo a distinguir cada vez mais no âmbito do turismo médico.

Cada uma destas secções aborda um conjunto de subtemas relevantes no contexto em que surgem inseridos.

Na primeira secção, relativa ao enquadramento teórico, estão incluídos os seguintes subtemas:

- A definição dos termos “turismo” e “turista”, abordando a sua evolução ao longo do tempo;
- O panorama do turismo atual, que contraria a tendência inicial de recurso ao turismo de massas rumo à preferência por uma prática turística mais personalizada e original;
- O turismo sénior que tende a intensificar-se, como resultado de um aumento da esperança média de vida e, consequentemente, da população sénior;
- O turismo médico, que surge ligado ao anterior, sobretudo devido ao aumento da propensão da população sénior para desenvolver doenças do foro neurológico;

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Introdução

- O envelhecimento, considerando as suas várias áreas de abordagem (biológico; psicológico e cognitivo; patológico, incluindo as patologias crónicas e as neurológicas, nomeadamente as doenças de Alzheimer e de Parkinson; social, analisando as suas consequências depois da idade da reforma, assim como as alterações sociais no seio familiar e nas relações com os amigos; a importância do papel do cuidador);

- A importância de um envelhecimento ativo e o papel terapêutico da interação sociocultural, que aborda a tendência da população sénior para se entregar a uma vida sedentária, pautada pelo isolamento e pela insatisfação com a vida, que deve ser contrariada rumo a um envelhecimento ativo e o mais saudável possível, no qual o animador sociocultural desempenha um papel fundamental.

Na segunda secção, referente à descrição e análise do estágio, estão incluídos os seguintes subtemas:

- A descrição e análise pormenorizada da unidade de saúde onde teve lugar o estágio curricular, o Campus Neurológico Sénior (CNS);

- A descrição e análise do estágio curricular realizado no CNS.

I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

1. Breve Preâmbulo sobre os Conceitos de “Turismo”, “Turista” e o Panorama Atual do Turismo

Desde os primórdios que o Homem sente necessidade de se deslocar de lugar para lugar pelos mais variados motivos (Cunha e Abrantes, 2013, p. 3). Aí se afirma ainda que a passagem do nomadismo ao sedentarismo conduziu, assim, à noção de territorialidade e de fronteira, tornando-se necessário atribuir uma designação específica ao indivíduo que viaja. Como tal, qualquer pessoa que se deslocasse, com objetivos pacíficos, independentemente das suas motivações, designava-se por “hóspede”, “viandante”, “viajor” ou “forasteiro”. Por conseguinte, quando as deslocações, por motivos de lazer, de cultura ou de repouso, se tornaram regulares, originando atividades económicas, passou a haver a necessidade de conceder uma determinada denominação a esta prática. Deste modo, os termos “turismo” e “turista” surgem com a *Grand Tour* (séculos XVII-XVIII) e durante este período, a aristocracia britânica realizava viagens no continente europeu, com o objetivo de adquirir novos conhecimentos e vivenciar novas experiências.

Com a modernização dos transportes e a melhoria do nível de vida, as deslocações tornaram-se mais fáceis e acessíveis às restantes camadas da população, que, hoje em dia, viajam pelas mais variadas razões: de saúde, sociais, culturais, religiosas, profissionais, desportivas, entre outras. E progressivamente, o turismo viria a tornar-se um fenómeno à escala global e as definições de “turismo” e “turista” viriam a ser alvo de análise e de alterações significativas ao longo dos tempos (Cunha e Abrantes, 2013, pp. 3, 16 e 32; Cunha, 2003, pp. 30 e 95-96).

Atualmente, o turismo caracteriza-se pelo “conjunto de atividades desenvolvidas pelos visitantes em razão das suas deslocações, as atrações e os meios que as originam, as facilidades criadas para satisfazer as suas necessidades e os fenómenos resultantes

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

de umas e de outras” (Cunha e Abrantes, 2013, p. 17). De acordo com a OMT, citada pelos mesmos autores, são deslocações para “[...] locais situados fora do ambiente habitual por um período consecutivo que não ultrapasse um ano, por motivos de lazer, de negócios e outros” (p. 17). Por sua vez, o termo “turista” aplica-se ao visitante que: se desloca do seu ambiente habitual, no interior do país (turismo doméstico ou interno) ou para o estrangeiro; passa pelo menos uma noite num alojamento turístico; viaja por qualquer motivo, desde que o mesmo não vise a obtenção de uma remuneração; permanece no país visitado até um período máximo de 12 meses (pp. 8-9).

Em pleno século XXI, o turismo é um setor de atividade de extrema importância na economia mundial, sendo o responsável pela deslocação diária de milhões de pessoas, pela criação de muitos postos de trabalho e por grande parte das receitas geradas nos vários países. Por conseguinte, importa considerar que o turismo é um dos setores de atividade mais exposto às transformações económicas, políticas, sociais, culturais e/ou tecnológicas que se vão verificando na sociedade, dado que o paradigma de desenvolvimento do turismo, assim como os comportamentos dos consumidores sofrem igualmente alterações. No entanto, estes períodos de mudança não têm impedido o rápido crescimento do turismo que tende a continuar no futuro (Cunha, 2003, pp. 29 e 87-88).

Esta constatação deve-se, portanto, a uma constante readaptação do mercado turístico, com o objetivo de continuar a atrair os seus consumidores, mantendo a rentabilidade e o sucesso deste setor de atividade.

Segundo Cunha (2003, pp. 30-31), a principal mudança verificada no setor turístico, que o obrigou a um reajustamento ao nível do seu modelo de atuação, prende-se com a transformação dos 4 S tradicionais (Sun, Sea, Sand, Sex) do “Velho Turismo” (de meados do século XX) em “Sophistication, Specialization, Segmentation, Satisfaction” que, de acordo com Fayos-Sola, caracterizam uma “Nova Era do Turismo” (no século XXI). Enquanto que os 4 S iniciais se baseavam numa massificação e estandardização da procura, numa limitação da oferta e na pouca atenção dispensada às necessidades pessoais dos turistas, os atuais privilegiam a sofisticação da oferta, a

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

especialização dos destinos, a segmentação da procura e a satisfação dos consumidores. Quer isto dizer que, como resultado da democratização do turismo, da globalização e da evolução das tecnologias de informação e comunicação, é necessário agradar a consumidores turísticos com origens muito diferenciadas e que são cada vez mais exigentes.

Esta evolução do Turismo rumo à segmentação da procura implica igualmente uma segmentação da oferta, que depende obrigatoriamente do trabalho conjunto de “[...] services, and industries that delivers a travel experience, namely, transportation, accomodations, eating and drinking establishments, shops, entertainment, [...] and all other componentes, including promotion, that serves the needs and wants of travelers” (McIntosh e Goeldner, 1990, p. 4).

Deste modo, esta reflexão conduz a uma breve análise da importância do *marketing mix* na criação de um determinado produto turístico. Borden (1965), Kotler e Armstrong (1996), assim como McCarthy (1978), citados em Cooper et al. (2007, pp. 620-621), estudaram este conceito, que consideraram fundamental na teoria moderna de marketing, “[...] definido como o conjunto das ferramentas de marketing que trabalham juntas para interferir no mercado”. Deste modo, esta conceção possibilita o controlo da gestão de um determinado produto, o que permite garantir o seu sucesso, através da criação dos chamados 4 Ps: Produto (que pressupõe a determinação do mercado-alvo: a localização geográfica, a idade, o género e o perfil socioeconómico; a criação do produto; e a eleição dos serviços a incluir no produto); Preço; Promoção; e Ponto de venda (distribuição).

Assim, “the heart of a good marketing management today is [...] a consumer orientation” (McIntosh e Goeldner, 1990, p. 391) e, por isso, “given the nature of tourism and its complexity and multiplicity of participants and resultant interactions and connectivity, the varying expectations, attitudes, and profiles of participants – the notion of quality will vary” (Jennings e Nickerson, 2006, p. 225). Logo, os interesses, os gostos e as necessidades dos vários turistas devem ser imperiosamente valorizados e respeitados durante a criação de um determinado produto turístico.

Consequentemente, é preponderante que os destinos turísticos se dediquem à criação de produtos turísticos originais, criativos, inovadores e de qualidade, que correspondam às expectativas dos seus vários clientes e consigam fazer face à concorrência e à competitividade crescente no âmbito do mercado turístico (Cunha, 2003, pp. 31, 33 e 36).

2. Turismo Sênior e Turismo Médico: Tipos de Turismo em Expansão

Presentemente, existe uma grande variedade de práticas turísticas possíveis, de acordo com o que o consumidor procura. Porém, esta análise centrar-se-á somente em duas práticas de turismo cada vez mais recorrentes nos dias de hoje: o turismo sênior e o turismo médico.

Antes de caracterizar o turismo sênior, importa contextualizar as tendências demográficas e sociais à escala mundial e a sua inter-relação, dado que influenciam diretamente o perfil da demanda turística no século XXI (Cooper et al., 2007, p. 712).

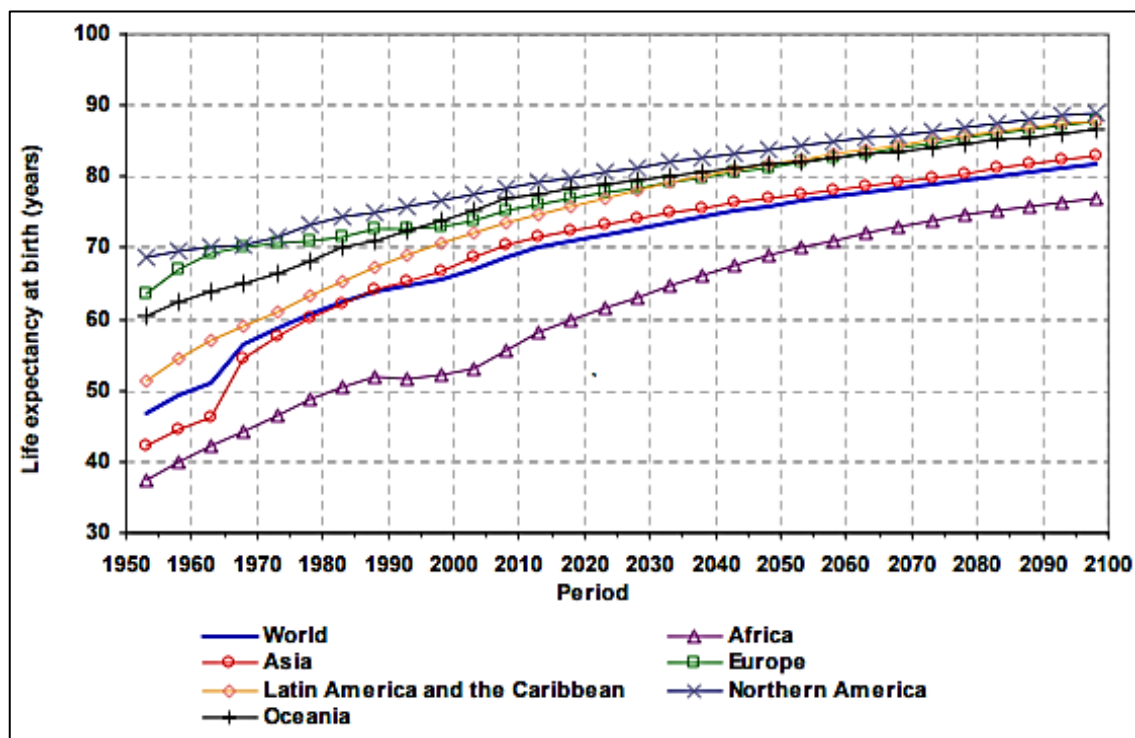


Gráfico 1 – Esperança de vida à nascença no mundo, 1950-2100 (estimativas de 2012).

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations (2013, p. 16).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

Examinando o gráfico 1, verifica-se um aumento tendencial da esperança média de vida à nascença no mundo desde 1950 até ao momento presente, perspetivando-se a continuação deste crescimento até 2100. Centrando a nossa atenção nos valores do continente europeu: entre 1950 e 2012, a esperança média de vida aumentou dos 64 para os 76 anos; entre 2012 e 2020, pensa-se que irá evoluir para os 77 anos; progressivamente, a esperança média de vida tenderá a aumentar, estimando-se que, em 2100, rondará os 88 anos de idade (linha verde sobreposta com a linha laranja).

Por um lado, consideradas as características demográficas atuais, é de destacar um aumento da esperança média de vida e, consequentemente, o envelhecimento da população, aliado ao número decrescente de jovens, como resultado de uma redução das taxas de natalidade e de mortalidade. Por outro lado, é importante evidenciar a existência de uma determinada conjuntura económica e social que conduziu à situação demográfica anteriormente descrita, devido ao aumento de qualidade de vida baseado, em particular, numa alimentação mais cuidada e nos avanços da medicina no domínio da geriatria que aumentam a esperança média de vida da população, situação típica do envelhecimento da geração dos *babyboomers* (nascidos entre 1946 e 1964); por sua vez, os casamentos tardios, o adiamento da maternidade/paternidade e, eventualmente, a emigração, em geral motivada pela falta de disponibilidade económica, estão na origem da diminuição do número de jovens (Buhalis e Darcy, 2011, p. 178; Garcia, 2011, p. 33; Cooper et al., 2007, pp. 712-713; Ferreira, 2006, pp. 80-81).

Deste modo, tendo em conta a tendência crescente de uma população maioritariamente sénior, facilmente se percebe a relevância deste segmento do mercado turístico. Chen, Liu e Chang (2013), citados em Alén et al. (2015, p. 2), afirmam seguramente que “this demographic change will mean that the senior tourism sector will come to be considered as one of the most attractive within the tourism industry, making this sector the ‘growth engine’ of tourism”.

Por conseguinte, de forma a descrever o turismo sénior, turismo na terceira idade ou turismo maturo, é preponderante dirigir a nossa atenção para uma camada muito específica da população, analisando as suas características e motivações pessoais.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

Rosa (2012, p. 12), citando Le Serre (2008), contextualiza o surgimento da palavra “sénior”, que deriva do latim “*senex*”, definindo-se como “o indivíduo velho”, isto é, originalmente significava “o mais velho”.

Cavaco (2009, pp. 34-35), enquadra o sénior atual num:

[...] universo definido na base da idade, uma idade pós-adulta, o que pressupõe um limite etário inferior para lá de adulto, novas situações perante a família e problemas específicos, de envelhecimento biológico, decrepitude, doença, imobilidade, insegurança; mas pressupõe também a condição pós-activa, o fim do ciclo produtivo, o apagar dos vínculos profissionais, que arrasta o sentido de inutilidade social, isolamento e marginalização, novas rotinas, perda da noção do tempo, não mais ritmado pelo trabalho mas um tempo contínuo e vazio, de dias sempre iguais, que passam lentamente, de noites que não findam, e de anos que voam.

Deste modo, a delimitação e caracterização desta camada da população, dos seniores, revelam-se extremamente complexas, na medida em que se procura descrever um grupo populacional verdadeiramente multifacetado e heterogéneo, que implica uma vasta gama de possibilidades a considerar, dependendo da pessoa em questão. É possível, contudo, delinear alguns pontos que permitam traçar um perfil do turista sénior.

Em primeiro lugar, a particularidade deste tipo de turismo resulta do facto de os seus praticantes pertencerem a um determinado grupo etário, sendo que a sua delimitação é bastante controversa e debatida, não existindo um consenso relativamente à idade a partir da qual o turista pode ser denominado “sénior”.

Lisbon (2015, p. 28) defende que:

Escolher uma única idade, que defina e distinga um consumidor sénior contribui exatamente para alargar ainda mais a heterogeneidade [...]. Significaria admitir [...] que um grupo de pessoas dos 50 aos 100 anos, são, homogeneamente, consumidores séniores.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

Ferreira (2006, p. 191), citando Faranda e Schimdt (1999), faz referência a diversos autores que estudaram esta temática e que, consequentemente, tinham opiniões divergentes relativamente à delimitação da população sénior, considerando a sua idade: Anderson e Langmeyer (1982), assim como Blazey (1987), atribuem o começo da terceira idade aos 50 anos; Brownie (1984) e Schoemaker (1984 e 1989) elegem os 55 anos; LaForge (1984), assim como Zimmer, Brayley e Searle (1995) privilegiam os 65 anos.

Segundo Santos (2005, p. 8), os turistas passam a ser denominados “turistas seniores” a partir dos 50 anos e não somente a partir dos 65 anos. Isto deve-se ao facto de os turistas com idades compreendidas entre os 50 e os 64 anos serem pessoas ainda muito ativas, saudáveis, com bons rendimentos e disposição para viajar. Contudo, a faixa etária é assim delimitada, dado que, de um modo geral, é a partir dos 50 anos que as responsabilidades profissionais e quotidianas tendem a ficar progressivamente comprometidas.

Uma outra perspetiva mais recente tem por base as considerações da Confederação do Turismo Português (2005, p. 593), que defende que o turista sénior pode ser distinguido de acordo com a sua idade, a sua disponibilidade financeira, o seu tempo-livre e a sua experiência turística: os “YAS” (*Young Active Seniors*) têm idades compreendidas entre os 55 e os 64 anos, necessitam de alguns cuidados de saúde, mas são ainda bastante ativos e saudáveis, com alguma experiência turística, são exigentes quanto à qualidade dos serviços dos quais usufruem, muitas vezes dispendiosos, embora prefiram experiências mais sedentárias; por sua vez, os “*Seniores com 65 e mais anos*” (grupo em que se registam mais casos) são aqueles que estão a entrar na idade da reforma (que, em 2017, de acordo com o Diário da República, 2016, p. 1117, pressupõe os 66 anos e três meses de idade), o que, consoante o caso, se reflete numa redução mais ou menos acentuada na disponibilidade financeira, mas apreciam férias em locais mais distantes e sem constrangimentos de duração, muito embora tenham algumas necessidades de cuidados saúde.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

Segundo Rosa (2012, pp. 12-13), a Organização Mundial de Saúde (OMS) declara que o indivíduo considerado sénior tem uma idade igual ou superior a 65 anos, independentemente do género e estado de saúde, enquanto que a Organização das Nações Unidas acordou os 60 anos de idade como limite mínimo deste grupo etário.

Campos (2003), citado em Rosa (2012, pp. 12-13), refere que a Organização Mundial do Turismo (OMT) considera sénior o indivíduo com mais de 50 anos de idade, independentemente de ainda ser laboralmente ativo ou já aposentado.

O Instituto Nacional de Estatística (2014, p. 6) realiza os seus estudos considerando que a população sénior tem idade igual ou superior a 65 anos.

De acordo com Serrão (2014, p. 37) e Romão et al. (2008, p. 26), a entrada na velhice ou na denominada terceira idade é comumente atribuída à idade cronológica dos 65 anos, que coincide com o fim da vida ativa no mercado de trabalho. Para além disso, é possível falar ainda da existência de uma quarta idade, delimitada a partir dos 75 anos, que concerne o período em que tende a surgir a necessidade de auxílio na realização das tarefas diárias e, consequentemente, de dependência de terceiros.

Segundo a ONU, a delimitação que considero mais adequada à realidade, mas ainda assim subjetiva como as anteriores, podemos dividir a população sénior em três categorias, de acordo com a sua idade: os pré-idosos têm uma idade compreendida entre os 55 e os 64 anos; os idosos jovens, entre os 65 e os 79 anos; os idosos de idade avançada têm mais de 80 anos (Marujo, 2009, p. 183).

Cavaco (2009, p. 35) corrobora esta ideia de existência de uma quarta idade, que inclui os indivíduos com uma idade superior a 75 ou 80 anos de idade, que poderão ser mais dependentes de terceiros e necessitar de cuidados de saúde mais recorrentes. Neste contexto, a Confederação do Turismo Português (2005, p. 593) refere que, neste grupo de consumidores seniores, a idade cronológica e a idade psicológica são frequentemente distintas, dado que nem todos os consumidores com idade superior aos 75 anos apresentam o mesmo comportamento, o que vai obrigatoriamente

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

refletir-se em escolhas igualmente diferenciadas no que respeita a produtos e serviços turísticos.

Importa também abordar um outro aspeto que diz respeito ao estudo das motivações dos turistas seniores para a realização de uma determinada viagem, que são preeminentes aquando da tomada de decisão relativamente à escolha de um dado produto turístico.

Geralmente, as principais motivações dos turistas podem ser divididas em duas categorias, que se interrelacionam: *push-pull effects*, ou seja, “fatores que impelem à saída dos locais de origem e fatores que são atrativos nos locais de destino” (Ferreira, 2006, pp. 45-47).

Motivações do Turista Sênior	
Fatores <i>Push</i>	Fatores <i>Pull</i>
<ul style="list-style-type: none">• viajar de férias;• desejo de evasão;• descanso e relaxamento;• visitas a novos lugares e vivência de outros estilos de vida/outras culturas;• busca de novos conhecimentos e novidades;• visitas a amigos e familiares;• socialização;• saúde;• compromissos profissionais;• desenvolvimento pessoal;• aumento da autoestima;• aventura.	<ul style="list-style-type: none">• atrações naturais;• atrações culturais/históricas;• condições climáticas aprazíveis;• saneamento;• segurança;• custos da viagem;• serviços médicos;• existência de centros comerciais.

Tabela 1 – Motivações do turista sénior.
Fonte: Adaptado de Alén et al. (2015, p. 3).

Observando a tabela 1, as motivações dos turistas para a eleição de uma determinada prática turística podem ser divididas em seis categorias principais: físicas, emocionais, pessoais, de desenvolvimento pessoal, com base no estatuto e prestígio social, e culturais. As motivações físicas dizem respeito ao descanso do corpo e da

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

mente, às questões de saúde, ao desporto e ao prazer, isto é, às atividades capazes de reduzir a tensão acumulada no indivíduo; as motivações emocionais e pessoais dizem respeito ao desejo de visitar amigos ou parentes, de conhecer outras pessoas e de fuga à rotina e aos problemas do dia-a-dia; as motivações com base no desenvolvimento pessoal e no estatuto e prestígio sociais referem-se a viagens que têm por base os negócios, a educação, a prática de *hobbies*, a vivência de novas experiências, assim como o reconhecimento e a atenção dos outros, e a obtenção de uma boa reputação, com o objetivo de enaltecer o próprio ego; por fim, mas não menos importantes, as motivações culturais, que se caracterizam pelo desejo de conhecer outros países, outros estilos de vida e outras culturas (Cooper et al., 2007, p. 82; McIntosh e Goeldner, 1990, pp. 131-132).

De acordo com Alén et al. (2015, p. 3), de entre os vários fatores *push*, os mais comuns são as viagens de férias, as visitas a amigos e familiares, a saúde e os compromissos profissionais. Por sua vez, os fatores *pull* mais frequentes são: a existência de atrações naturais e culturais, a segurança e o saneamento.

Compreende-se, portanto, que há uma relação direta entre os motivos que levam as pessoas a viajar e as características dos diversos destinos, podendo estes, pela diversidade de atrativos que colocam à disposição dos seus consumidores, atender a motivações físicas, culturais, profissionais, entre outras (Cunha e Abrantes, 2013, p. 32).

Contudo, Alén et al. (2015, p. 3) salientam que:

[...] both the principal purpose of the trip ('push' factors) and the attractiveness of the destination attributes ('pull' factors) for seniors vary according to certain demographic characteristics such as age, sex, education level, employment status, family structure and size, income and self-assessed health.

Geralmente, os seniores mais jovens, sobretudo do género masculino, que ainda estão ativos no mercado de trabalho, viajam com mais frequência por motivos profissionais; enquanto que os reformados viajam mais para visitar os amigos e a família,

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

valorizando também paisagens e eventos atrativos, assim como a existência de centros comerciais. Por outro lado, os indivíduos do gênero feminino tendem a privilegiar a qualidade dos serviços disponibilizados no destino turístico. Já os seniores mais jovens e saudáveis conferem mais importância às condições climáticas e às atrações oferecidas pelo destino do que aos restantes serviços. Finalmente, os seniores com um maior grau de instrução tendem a eleger destinos com lugares de interesse histórico, paisagens naturais, grande variedade de eventos e atrações, acessibilidade a transportes, segurança, serviços de qualidade a preços razoáveis, áreas comerciais e um bom clima (Alén et al., 2015, pp. 3-4).

Para além do que já foi mencionado anteriormente, revela-se preponderante analisar três aspetos que têm vindo a adquirir uma importância considerável por parte da população sénior no seu atendimento.

Primeiramente, a acessibilidade, que é de extrema importância na medida em que:

[...] enables people with access requirements including mobility, vision, hearing and cognitive dimensions of access, to function independently and with equity and dignity through the delivery of universally designed products, services and environments. This definition is inclusive of all people including those travelling with children in prams, people with disabilities and seniors.

(Souca, 2010, p. 1154)

Existe uma relação direta entre o envelhecimento e uma maior predisposição para o aparecimento de determinadas incapacidades e/ou uma intensificação das já existentes. Assim sendo, revela-se primordial a remoção de barreiras arquitetónicas, a existência de móveis ergonómicos e de iluminação adequada nas áreas de acesso, a criação de guias, menus, sinais e símbolos sonoros, visuais e táteis, bem como a preocupação com uma comunicação oral igualmente simples e compreensível (Ferreira, 2013, p. 14; Souza et al., 2006, p. 76).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

Segundo Rahim e Samad (2010), citados em Ferreira (2013, p. 14), o objetivo é atingir níveis de acessibilidade que satisfaçam as necessidades de um grupo, como já referido, extremamente heterogêneo e complexo, atendendo aos diferentes tipos e graus de incapacidade possíveis.

Para além disso, os seniores são grandes apreciadores da natureza e da cultura, pelo que, desde que sejam consideradas as suas limitações, devem ser fomentadas atividades que possibilitem o seu envolvimento com a comunidade visitada e que incrementem a qualidade das viagens realizadas (Souza et al., 2006, p. 76).

Finalmente, segundo o mesmo autor (p. 77), a instrução e o treino dos prestadores de serviços são igualmente importantes, visto que devem apresentar determinadas características para o exercício das suas funções, nomeadamente a hospitalidade, a cortesia (tratando os seniores de forma civilizada e respeitadora), a paciência (mostrando-se disponíveis para ouvir as suas necessidades, problemas, expectativas, assim como aceitar as suas limitações) e uma comunicação eficiente (evitando uma linguagem técnica e profissional e promovendo uma mais simples).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

Importa ainda referir, que a tomada de decisão do turista é influenciada não só pelas suas motivações pessoais, mas também por outros fatores internos e externos.



Esquema 1 – Fatores que influenciam o turista na sua tomada de decisão relativamente a viagens.

Fonte: Adaptado de Swarbrooke e Horner (2002, p. 113).

De entre os vários fatores internos e externos que podem condicionar a prática turística, cinco podem ser destacados pela sua recorrência: a disponibilidade financeira para os custos que a viagem acarreta; a falta de tempo, sobretudo como resultado de compromissos profissionais; as limitações físicas e/ou a saúde débil, que segundo foi analisado anteriormente, e voltará a ser mais à frente, pode ser também uma motivação física para a concretização da viagem; finalmente, a segurança, na medida em que o

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

desconhecido tende a ser receado, sobretudo em locais com criminalidade, guerra e/ou terrorismo recorrentes (McIntosh e Goeldner, 1990, p. 135).

No entanto, os mesmos autores consideram que “when motivation to travel is sufficiently powerful, the barriers may be overcome, but these forces may still influence means of travel and destinations selected” (p. 135).

A principal vantagem da generalização da prática de turismo sénior diz respeito a uma maior disponibilidade deste grupo populacional, sobretudo da camada já reformada, para se deslocar no tempo e no espaço, uma vez que não há constrangimentos de duração ou distância da viagem, o que irá servir de contributo no combate à sazonalidade no destino turístico.

Cannas (2012, pp. 42-44) e Montejano (1991, pp. 63-64) definem a sazonalidade como um problema cada vez mais preponderante e recorrente no setor turístico, remetendo diretamente para o turismo de massas, visto que se verifica uma grande afluência de procura turística num determinado período do ano (época alta), em detrimento do resto do ano, que sofre a falta de turistas (época baixa). Enquanto na primeira situação há uma grande procura turística e alguma dificuldade em fazer-lhe corresponder a oferta disponível; no segundo caso, verifica-se a escassez de procura turística relativamente à oferta dos destinos. Logo, este desequilíbrio vai originar a saturação da procura turística na época alta, assim como desemprego e consequências negativas na economia dos destinos durante a época baixa. As causas deste fenómeno são sobretudo: as condições climáticas (e o facto de certas atividades turísticas requererem o predomínio de um determinado clima para a sua concretização) e a concentração das férias laborais e escolares em determinados períodos do ano (Natal, Páscoa, férias de verão), o que impossibilita a prática de turismo durante o resto do ano. As possíveis soluções seriam: uma maior flexibilidade na marcação das férias laborais e escolares, o desenvolvimento de outros recursos turísticos, que não dependam de um clima específico e, por fim, a adoção de preços competitivos no mercado turístico de forma a combater a sazonalidade.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

Em suma, a seleção de um determinado destino turístico para viajar será distinta de caso para caso, consoante o turista sénior em questão, que irá optar por um dado produto turístico.

Considerando que a população sénior, com o avançar da idade, fica cada vez mais dependente de cuidados médicos específicos que atendam às suas necessidades, e utiliza essa motivação para a prática turística, importa agora abordar a temática do turismo médico.

O turismo de saúde não é uma prática recente. Na verdade, esta prática remonta às civilizações grega e romana, que recorriam a águas minerais naturais (águas termais), procurando a cura para variadas doenças. Consequentemente, surgiram as primeiras estâncias termais em torno da bacia do Mediterrâneo, que se tornaram locais de convívio, às quais a população se deslocava, por motivos de saúde, limpeza espiritual e até de negócios. Progressivamente, esta prática foi-se tornando cada vez mais recorrente. Nos séculos XVI e XVII, Bath, no Reino Unido, e St. Moritz, na Suíça, eram os principais centros termais e destinos turísticos da classe alta europeia, aos quais recorria com o propósito de conseguir a cura para os seus problemas de saúde. No século XIX, verificou-se o apogeu dos *spas*, que pressuponham tratamentos de manutenção do “[...] bem-estar, do corpo e da mente, relaxamento, estética e beleza, com ou sem recurso à água podendo utilizar-se águas de diversas naturezas, com acompanhamento médico ou não” (Pereira, 2014, p. 12). Já na segunda metade do século XX, surge a Talassoterapia, um novo tratamento com recurso à água do mar (Pereira, 2014, pp. 10-12; Ferreira, 2011, p. 30). E com o passar do tempo, vão surgindo novas formas de turismo de saúde.

Atualmente, o turismo de saúde define-se como:

[...] o fenómeno caracterizado pelas deslocações de turistas cuja motivação primária é a obtenção ou manutenção de benefícios relacionados com a saúde, podendo articular a valência médica com as valências turísticas que lhe estão direta e indiretamente associadas, desde o termalismo ao lazer e passando pelo bem-estar.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

(Turismo de Portugal, 2014, p. 11)

Por conseguinte, a mesma fonte divide o turismo de saúde em duas áreas motivacionais distintas. Por um lado, o turismo médico (o mais relevante neste trabalho), que diz respeito às deslocações “[...] para fora da área de residência habitual, com a motivação primária de beneficiar de cuidados médicos, de diagnóstico ou terapêuticos”. Por outro lado, o turismo de saúde e bem-estar, que respeita às deslocações “[...] para fora da área de residência habitual, com a motivação de beneficiar de atividades ou experiências que promovam a harmonia física, mental e emocional” (p. 11). O turismo médico pode ainda ser alvo de segmentação consoante o tipo de patologia ou área de intervenção, assim como a duração do tratamento. Relativamente ao tipo de patologia ou à área de intervenção (pp. 12-13), podemos distinguir duas práticas de turismo médico possíveis: o turismo médico reativo, que pressupõe as deslocações para fora do local ou país de residência, com o objetivo de receber um determinado tratamento médico, com vista à resolução de um dado problema de saúde, usualmente diagnosticado previamente por um profissional de saúde (ex.: cirurgia às cataratas, angioplastia coronária, prótese do joelho, colecistectomia, entre outros); por sua vez, o turismo médico proativo inclui as deslocações para fora do local ou país de residência, com o objetivo de receber um determinado tratamento médico, por decisão pessoal, independentemente de ter tido ou não um diagnóstico ou recebido conselho médico prévio (ex.: tratamentos dentários e/ou estéticos, realização de *check-ups*, tratamentos de fertilidade, entre outros). Em relação à duração dos tratamentos (pp. 12-13), podemos caracterizar o paciente de duas formas: *inpatient*, o indivíduo, cujos cuidados de saúde pressupõem o seu internamento, que pode ter a duração de alguns dias a semanas; *outpatient*, o indivíduo que fica hospitalizado durante um período inferior a 24 horas, com vista à realização de um diagnóstico ou tratamento, sendo, por isso, cuidados de saúde em regime de ambulatório.

O turismo de saúde e bem-estar pode ser também segmentado em quatro tipos de prática turística possível (Turismo de Portugal, 2014): o termalismo, em que “a

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

motivação é o benefício de terapias com base em águas minerais naturais e outros meios complementares com fins de prevenção, reabilitação e promoção da saúde”; a talassoterapia, cuja “[...] motivação é o benefício de terapias com base na água do mar e seus derivados com fins de prevenção, reabilitação e promoção da saúde”; o recurso ao SPA, em que “a motivação é o benefício de tratamentos e terapias de relaxamento, estética e bem-estar” (pp. 13-14); por fim, o climatismo, que consiste numa “[...] terapia baseada na estadia em locais onde o clima é considerado benéfico para a saúde e onde se encontram propriedades curativas de alguns microclimas, no litoral ou na montanha, devido à qualidade do ar ambiente” (Pereira, 2014, p. 20).

Centrando-nos novamente no turismo médico, que é a temática central deste trabalho, revela-se igualmente importante a análise das principais motivações deste tipo de turistas, que serão influentes aquando da eleição de um determinado produto de um dado destino turístico: a rapidez no acesso; a disponibilidade do tratamento; uma melhor qualidade dos serviços de saúde; a possibilidade de realização de telediagnóstico, reduzindo as barreiras geográficas e facilitando a transação de serviços de saúde além-fronteiras; a afinidade familiar, histórica, linguística e/ou cultural do país emissor com o país recetor (ex.: Reino Unido/Índia e Portugal/Angola); a proximidade geográfica (ex.: EUA/México, Rússia/Turquia e Alemanha/Europa de Leste); a escolha de um determinado especialista em particular; a referência médica, dado que, por vezes, um médico do país de origem do turista pode sugerir um determinado médico no estrangeiro; o preço competitivo, visto que os elevados custos de acesso a dados serviços de saúde no país de origem correspondem à principal motivação do recurso a alternativas no estrangeiro; a facilidade e o conforto durante o processo de compra; a sensação de segurança e confiança que o país de destino confere (Healthy’n Portugal, 2014, p. 16; Novo, 2014, p. 14; Turismo de Portugal, 2014, p. 20).

Segundo a Healthy’n Portugal (2014, p. 15), Pereira (2014, p. 33), o Turismo de Portugal (2014, pp. 16-17), Fernandes e Fernandes (2011, p. 87) e Ferreira (2011, pp. 17 e 60), o crescimento da prática de turismo médico deve-se ao seguinte conjunto de fatores:

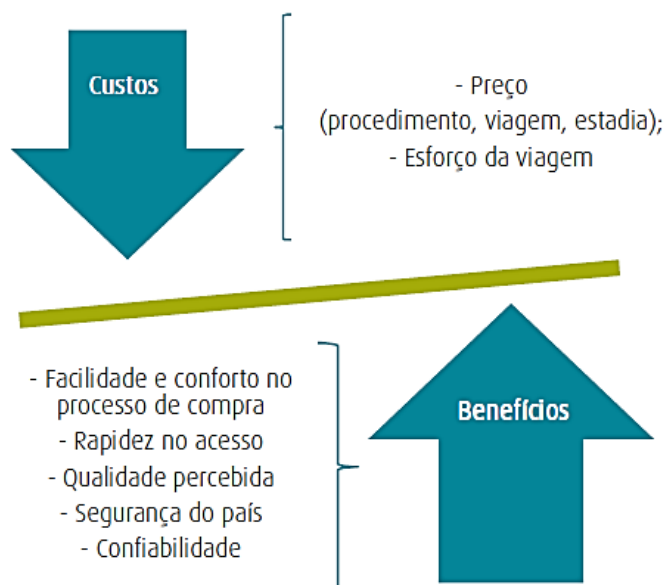
Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

- ao envelhecimento da população, ao aumento da esperança média de vida e ao elevado número de doenças crónicas que acompanha este fenómeno;
- a uma maior consciência da população idosa relativamente à necessidade de cuidados de saúde adequados à sua condição e a uma maior preocupação com a manutenção de uma vida saudável;
- às restrições legais e/ou culturais para a realização de determinadas intervenções ou tratamentos (ex.: eutanásia, aborto, tratamentos de fertilidade, entre outros);
- ao aumento generalizado dos custos dos serviços de saúde nos países desenvolvidos (ex.: Estados Unidos, Canadá, países da Europa, entre outros);
- às longas listas de espera para a realização de determinadas intervenções terapêuticas, nomeadamente através dos Serviços Nacionais de Saúde Europeus;
- aos países com poucos recursos de saúde (profissionais e técnicos) originando uma maior procura de serviços no estrangeiro;
- ao investimento na área da saúde (na formação de profissionais, em infraestruturas, equipamentos e tecnologia) em vários países em desenvolvimento (ex.: África do Sul, Brasil, Colômbia, Costa Rica, Cuba, Índia, Tunísia, Turquia, entre outros), que facilitam o acesso a serviços de qualidade;
- à crescente liberalização do transporte aéreo, assim como à proliferação de companhias aéreas de baixo custo, o que facilita as deslocações;
- à flexibilidade dos profissionais de saúde em termos de mobilidade, que aceitam emigrar para outros países;
- ao regresso dos profissionais de saúde ao país em desenvolvimento, do qual são provenientes, após terem adquirido a sua formação num país desenvolvido;
- à multiplicação de creditações e certificações de unidades hospitalares de vários países, mesmo daqueles com menor reputação, conferindo-lhes credibilidade e aumentando a confiança dos utentes;

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

- à globalização do acesso à informação, que é facilmente promovida e difundida, nomeadamente através da internet;
- ao aconselhamento de amigos e familiares relativamente a determinados serviços;
- ao desenvolvimento dos serviços disponibilizados pelo setor privado da saúde, como forma de dar resposta aos casos que os sistemas nacionais de saúde não conseguem solucionar;
- a uma maior facilidade de acesso a seguros de saúde;
- a uma procura de confidencialidade e privacidade aquando de certos procedimentos médicos.

Importa referir que o conceito de paciente tem evoluído rumo ao conceito de cliente no âmbito dos serviços de saúde, o que implica conceder uma atenção reforçada às necessidades desses clientes que, como analisado previamente, são cada vez mais exigentes (Turismo de Portugal, 2014, pp. 16-17).



Esquema 2 – A relação custo-benefício do usufruto de serviços de saúde no estrangeiro.

Fonte: Healthy'n Portugal (2014, p. 16).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

Atentando no esquema 2, verifica-se que o cliente analisa os custos e os benefícios da viagem, desejando que haja um equilíbrio entre o valor dos custos e os benefícios que resultam da realização da viagem, de forma a não correr o risco de ficar prejudicado nesta equação.

As principais desvantagens do turismo médico são: a possibilidade de contágio de determinadas doenças, às quais o sistema imunitário do indivíduo não conseguirá fazer face (ex.: na Malásia, na Costa Rica, na Tailândia, entre outros países); as consequências que podem advir de uma determinada intervenção; a possibilidade de um menor acompanhamento pós-operatório, aquando do regresso ao país de origem; a dificuldade em analisar a qualidade dos serviços de saúde num dado país, dado que os sistemas de certificação são diferentes; a inexistência, a incompletude ou a complexidade dos relatórios clínicos (Pereira, 2014, p. 24).

O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:

O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise



Figura 1 – Principais destinos recetores de turismo médico no mundo (mapa sem escala).

Fonte: Cortez e Deloitte (2008), citados em Novo (2014, p. 16).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

O potencial de Portugal como um destino de turismo médico tem sido debatido por vários *stakeholders* nacionais na medida em que estamos perante uma oportunidade de desenvolvimento de um produto, ainda com pouca relevância no panorama nacional, mas que se encontra em crescimento e que requiere planeamento e estruturação (Turismo de Portugal, 2014, p. 26).

A mesma fonte (p. 53) menciona um estudo realizado pela OMS, que reconheceu internacionalmente o Serviço Nacional de Saúde (SNS) de Portugal, tendo-lhe sido concedida a 12.^a posição no *ranking* mundial. Para além disso, os médicos e investigadores portugueses têm sido galardoados com diversos prémios. Todavia, a reputação de Portugal como um destino de turismo médico ainda não se encontra consolidada. De modo a contrariar esta situação, revela-se primordial a promoção do país, valorizando os seus serviços de saúde. Em primeiro lugar, importa focar a nossa atenção na construção de uma imagem de Portugal como destino de turismo médico, no enquadramento jurídico da atividade, no aumento do número de unidades de saúde com acreditação internacional, na proliferação de uma “cultura turística” por parte dos agentes de saúde, assim como na dedicação e adequação dos agentes turísticos às particularidades que a receção de clientes de turismo médico implica (p. 26). De forma a construir uma imagem promissora de Portugal como destino de turismo médico, o Turismo de Portugal (2014) considerou um conjunto de fatores diferenciadores, que lhe permitirão reconhecimento internacional: primeiramente, a hospitalidade dos portugueses, que vai fomentar um sentimento de confiança e conforto no turista, pondo de parte os receios que uma viagem por motivos de saúde acarreta; segue-se a qualidade dos serviços de saúde, como resultado da sua acreditação (sete hospitais acreditados pela JCI, de entre os quais o Hospital Lusíadas Lagos e o Hospital de Cascais), da educação médica, dos resultados de saúde obtidos (daí que a esperança média de vida tenda a aumentar), da procura externa dos nossos profissionais (em vários países da União Europeia, como o Reino Unido, a Espanha, a Alemanha e a Bélgica, pelo seu profissionalismo e pela facilidade no domínio de idiomas), assim como dos equipamentos e das instalações (pp. 54-55 e 61-62).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

Importa referir que a qualidade dos serviços de saúde se deve sobretudo à qualidade dos médicos e investigadores de Portugal, desempenhando muitos deles cargos de prestígio no estrangeiro.

Alguns exemplos de médicos portugueses de renome são (Turismo de Portugal, 2014): o Professor Carlos Caldas (oncologista), Diretor da Unidade de Investigação do Cancro da Mama e Investigador Principal na Universidade de Cambridge; o Professor António Damásio, Diretor do Instituto do Cérebro e da Criatividade da Universidade da Califórnia do Sul; o Professor Tiago Fleming Outeiro, Diretor do Departamento de Neurodegeneração e Pesquisa Restaurativa da Universidade de Göttingen, na Alemanha, tendo-se focado no estudo da doença de Alzheimer; o Professor Manuel J. Antunes (*Former Chairman of the Post-graduate Education Committee of the European Association for Cardiothoracic Surgery*; entre outros (pp. 55-56). Alguns exemplos de prémios de distinção atribuídos a profissionais a trabalhar em Portugal são: *TERMIS EU Young Scientist Award* atribuído a Manuela Gomes (Universidade do Minho); *Jean Leray Award*, para jovens cientistas (Sociedade Europeia de Biomateriais), atribuído a Pedro Granja (INEB); *George Winter Career Award* atribuído a Rui Reis (Universidade do Minho); entre outros. Relativamente a centros de investigação portugueses com reconhecimento internacional, podemos mencionar: a Fundação Champalimaud; o Instituto Gulbenkian de Ciência; o Centro de Neurociências e Biologia Celular (CNC); o Instituto de Biologia Molecular e Celular (IBMC.INEB); o Instituto de Patologia e Imunologia Molecular da Universidade do Porto (IPATIMUP); o Instituto de Tecnologia Química e Biológica (ITQB); o Instituto de Medicina Molecular (IMM); a Associação para Investigação Biomédica e Inovação em Luz e Imagem (AIBILI); entre outros. Estabelecemos ainda parcerias com alguns centros de investigação no estrangeiro, tais como *Massachusetts Institute of Technology*, *University of Texas at Austin* e *Harvard Medical School* (p. 57).

Para além dos fatores diferenciadores já mencionados, Portugal apresenta ainda várias particularidades, que o tornam um país atrativo para a prática de turismo médico, como por exemplo: os portugueses caracterizam-se por ser um povo acolhedor para

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

com os seus visitantes e as línguas estrangeiras, nomeadamente o Inglês, são comumente faladas; a posição geográfica do país revela uma localização central no panorama mundial, dispondo de boas acessibilidades aéreas; o clima é ameno durante o ano, com estações frias pouco rigorosas; a riqueza cultural, natural e patrimonial são apelativas; a gastronomia tem por base a dieta mediterrânica, que costuma ser muito apreciada; a segurança tranquiliza os nossos visitantes, dado que Portugal é considerado o 17.º país mais pacífico do mundo numa amostra de 153 países, realizada no *Global Peace Index 2011* e o 32.º numa análise de 182 países, realizada no *Corruption Perception Index 2011* (Turismo de Portugal, 2015, p. 38; Turismo de Portugal, 2014, pp. 63-64).

Finalmente, os cinco princípios básicos da atuação de Portugal enquanto destino de turismo médico, numa tentativa de responder à concorrência existente neste setor do mercado turístico, são: conferir primazia à procura, centrando a atenção nas pessoas e nas suas expectativas, por oposição à oferta; por conseguinte, respeitar as motivações dos turistas e suas respetivas escolhas, evitando a imposição da oferta por parte dos destinos turísticos; considerar as tendências de mudança, dedicando-se ao desenvolvimento de produtos com base na inovação, originalidade e criatividade que façam face à concorrência e aumentem a competitividade; aproveitar o conhecimento e a experiência no mercado turístico, de forma a desenvolver novas oportunidades de negócio; por fim, privilegiar a colaboração multisectorial, na medida em que o turismo é uma atividade transversal, que envolve um vasto conjunto de serviços e atividades interligadas (Turismo de Portugal, 2015, p. 9).

Contudo, o nosso país defende um modo de vida com qualidade, dando atenção e preocupando-se com o bem-estar e a saúde das pessoas. E, por isso, já disponibiliza cuidados de saúde de qualidade a nível europeu, procurando privilegiar a inovação e proporcionando um ambiente agradável à recuperação dos seus visitantes (Turismo de Portugal, 2014). Falamos, portanto, não só de uma oportunidade para o nosso país, mas também de um desafio, na medida em que já existem destinos de turismo médico consolidados no panorama mundial e, por isso, a inserção de Portugal neste setor do

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

mercado turístico, por ser tardia, pode apresentar dificuldades acrescidas em termos de competitividade com outros destinos. Além disso, estamos perante um género de prática turística com pouca expressão em Portugal, que surge muitas vezes associada ao turismo de saúde e bem-estar, que, segundo foi já referido, diverge do turismo médico propriamente dito, o que dificulta também a obtenção de dados estatísticos concretos e objetivos sobre a prática de turismo médico, em particular (pp. 26 e 65).

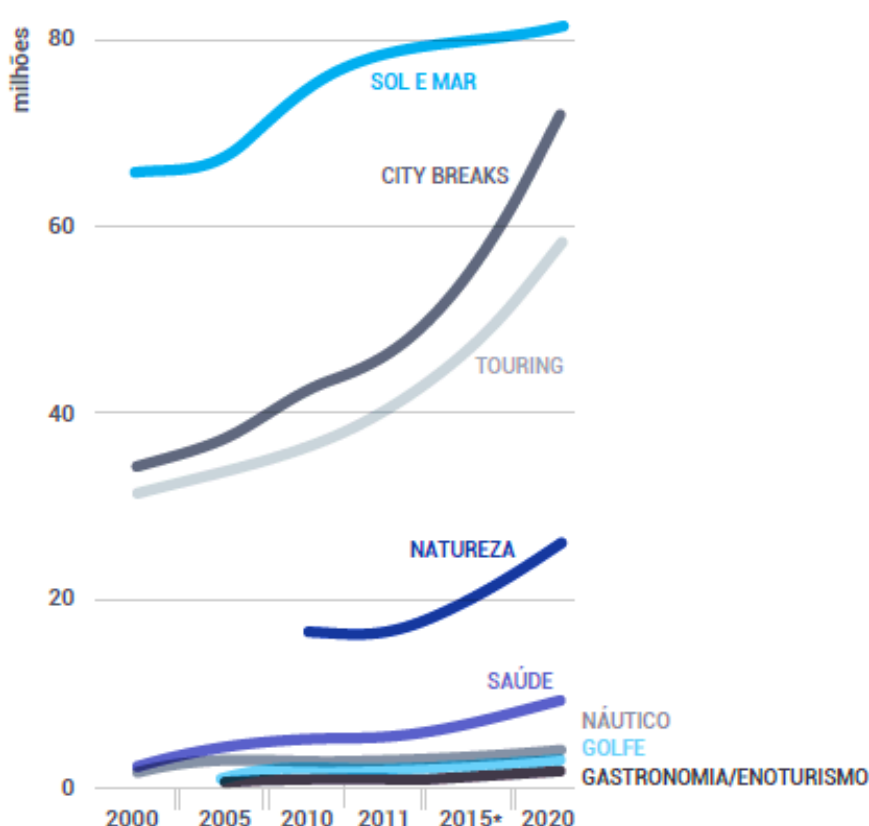


Gráfico 2 – Viagens por segmento turístico na Europa, 2000-2020.
Fonte: Turismo de Portugal (2015, p. 104).

Tomando como referência o contexto europeu e analisando o gráfico 2, verifica-se que o turismo de Sol & Mar é o segmento turístico com maior expressão, seguindo-se os *city breaks* e o *touring*, que inclui o turismo cultural e o turismo religioso (Turismo de Portugal, 2015, p. 104). Precedido pelo turismo de natureza, o turismo de saúde surge como o 3.º tipo de turismo, que apresenta menores valores no mercado

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

turístico do contexto europeu. Contudo, é notória a evolução gradual que se tem verificado ao longo dos anos. No ano 2000, cerca de 2 milhões de pessoas viajavam na Europa com o objetivo de obter determinados cuidados de saúde. Entre 2000 e 2010, houve um ligeiro aumento, tendo-se apurado cerca de 5 milhões de turistas de tipo médico na Europa. Entre 2010 e 2011, constatou-se um período de estagnação, que foi melhorando progressivamente, até que, em 2015, se verificou que cerca de 7 milhões de pessoas praticavam o referido turismo. De 2015 em diante, a previsão é de um crescimento sucessivo, que, em 2020, resultará em cerca de 9 milhões de pessoas a circular no continente europeu, por motivos de saúde, o que, considerando as dificuldades já mencionadas de entrada no mercado deste turismo de nicho, é certamente positivo. Com valores ainda menos expressivos, encontra-se o turismo náutico, o golfe e o enoturismo.

Relativamente às nacionalidades dos praticantes de turismo médico no continente europeu, o Turismo de Portugal (2015, p. 104) refere que os principais países emissores são a Alemanha, a Bélgica, a Itália, a Áustria, a Suíça, o Reino Unido, a Escandinávia e a Espanha, constituindo 81% do mercado europeu.

Os principais destinos turísticos que concorrem com Portugal são: o Reino Unido, a Alemanha, a República Checa, a Polónia, a Hungria, a Turquia, a Bélgica e a Espanha (Healthy'n Portugal, 2014, p. 18).

Tendo em conta os dados anteriormente mencionados e atendendo a outras considerações, como a proximidade geográfica, a afinidade cultural (familiar, histórica e/ou linguística), a afluência de turistas em Portugal e o preço comparativo com o país de origem, os mercados-alvo de Portugal são ainda: a França, a Holanda, a Irlanda, a Suécia, a diáspora portuguesa, os PALOP e o Norte de África (Turismo de Portugal, 2014, p. 28).

A título de conclusão, a Confederação do Turismo Português (2005, p. 875) corrobora a reflexão realizada anteriormente no âmbito do turismo sénior e do turismo médico, dizendo o seguinte: “A análise prospetiva de potencial de segmentos turísticos

para Portugal evidencia a existência de dois grupos de produtos com elevado potencial de crescimento e de geração de valor”. No mesmo documento diz-se ainda: “A oferta nacional deve orientar-se para a exploração prioritária dos *clusters* organizáveis em redor dos binómios estratégicos ‘Sénior/Saúde’”.

3. Envelhecimento

Ao longo da História da Humanidade, a noção de envelhecimento tem sofrido alterações no que diz respeito à importância que representa no contexto da sociedade. Por um lado, nas sociedades tradicionais, os indivíduos que atingiam idades avançadas eram considerados figuras importantes e merecedores de respeito, assim como possuidores da experiência e da sabedoria, pelo que esta era uma fase de plenitude, que representava o auge da vida. Por outro lado, nas sociedades modernas, as várias etapas da vida do Homem requerem uma preparação cuidada: o casal pensa em ter filhos; durante a gravidez, o feto começa a ser acompanhado por profissionais de saúde, com vista ao seu nascimento saudável; após o nascimento continua o processo de crescimento e tem lugar o seu percurso escolar e académico, que conduzirão a um futuro profissional que se espera promissor; seguindo-se a reforma. Consequentemente, a velhice passa a representar a última etapa da vida humana, que ocupa o último lugar de importância do ponto de vista social e se revela pouco produtiva do ponto de vista económico (Lisbon, 2015, p. 10; Moreno, 1999, p. 13).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

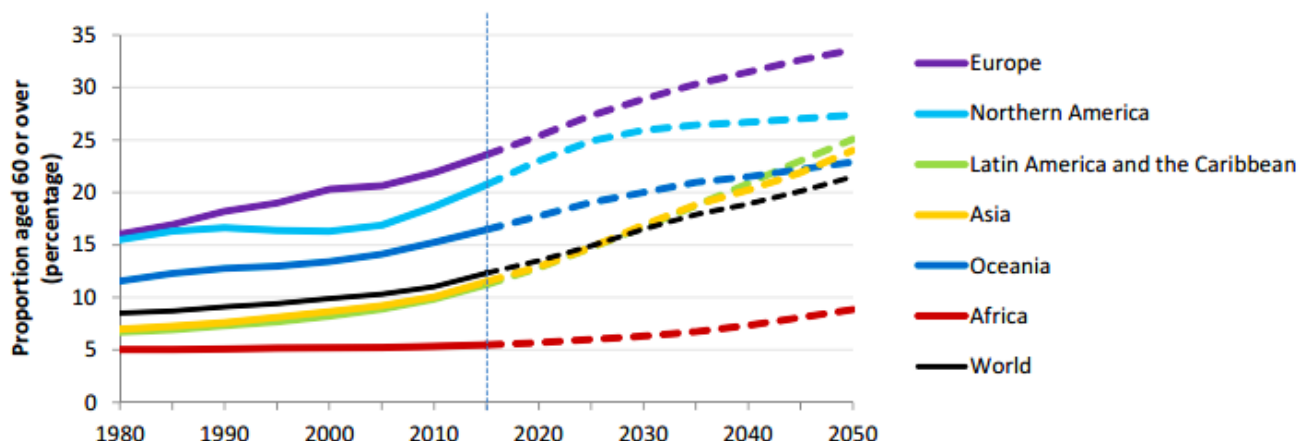


Gráfico 3 – População (%) com idade igual ou superior a 60 anos, 1980-2015 e estimativas até 2050 (estimativas de 2014).

Fonte: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations (2015, p. 1).

Examinando o gráfico 3 e tomando os 60 anos de idade somente como uma referência, verifica-se um aumento generalizado da população sênior a nível mundial. Dirigindo a nossa atenção para o caso europeu: entre 1980 e 2015, a percentagem de população sênior aumentou de 16 para 24%; a partir desta data, entre 2015 e 2050, estima-se um aumento de 24 para 34%.

Como já foi referido anteriormente, esta tendência de aumento da população idosa deve-se a diversos fatores: ao declínio da fecundidade e, por conseguinte, da natalidade; ao aumento da esperança média de vida e, consequentemente, ao declínio da mortalidade; à melhoria da saúde pública e dos cuidados de nutrição; aos avanços da medicina preventiva e curativa; à aproximação da idade da reforma por parte das gerações *baby-boom*. Importa ainda reforçar a ideia de que esta situação demográfica tende a continuar no futuro: o número de gerações com idades mais avançadas continuará a aumentar, em detrimento do número de gerações mais jovens e ativas no mercado de trabalho (Romão et al., 2008, p. 25; Figueiredo, 2007, p. 29).

Bromley (1966, p. 19) declara: “O envelhecimento é um tema extraordinariamente interessante, embora por vezes assuste e deprima”. Efetivamente, com a idade aumenta a complexidade das mudanças: as funções orgânicas ficam mais vulneráveis a possíveis problemas que possam surgir; vão-se verificando transformações

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

fisiológicas, psicológicas, sensoriais e motoras; o indivíduo pode vir a deparar-se com um eventual diagnóstico de determinada doença neurológica; o estatuto social do indivíduo sofre mudanças; e a sua capacidade de adaptação ao ambiente que o rodeia, assim como os seus comportamentos sociais sofrem igualmente alterações.

O mesmo autor refere ainda que, geralmente, a idade cronológica do indivíduo está diretamente ligada às suas capacidades do ponto de vista físico e mental, sendo que não se trata de uma verdade incontestável. Na verdade, como já foi analisado previamente, importa salientar que cada caso é um caso, dado ser do conhecimento geral que os sinais visíveis de envelhecimento, nomeadamente na aparência exterior, aparecem mais prematuramente numa pessoa do que noutra e isso não significa que os primeiros terão um fim mais precoce que os segundos (p. 21).

Na verdade, quando se estuda o envelhecimento humano, importa considerar que estamos perante um processo complexo, influenciado por “[...] factores internos como o património genético, e externos, como o estilo de vida, a educação, o ambiente em que o sujeito vive” (Figueiredo, 2007, p. 30).

Bromley (1966, p. 21) explica ainda que a evidente heterogeneidade no âmbito do envelhecimento leva os investigadores da temática a considerar a existência de dois termos específicos de determinação da idade de um indivíduo: a “idade cronológica” (que tem como referência a data de nascimento) e a “idade funcional” (aquela que o indivíduo considera, tendo em conta o nível de desempenho das suas capacidades, previamente mencionadas, e a sua qualidade de vida).

Deste modo:

[...] pode ser um erro pensar-se que o envelhecimento é uma variável única. Será mais correcto chamar-lhe uma *direcção* seguida por muitas variáveis. A maneira mais simples de estudar o envelhecimento humano é encará-lo como um prolongamento natural do trabalho realizado no campo do desenvolvimento do homem.

(Bromley, 1966, p. 21)

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

Logo, quando pensamos no envelhecimento, devemos pensar que se trata “[...] de um processo normal, universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo” (Figueiredo, 2007, p. 30). É, por isso, um processo evolutivo, que pode ser mais rápido ou mais lento com o passar dos anos, dependendo evidentemente do indivíduo em questão e do seu historial.

Em suma, o processo de envelhecimento humano diz respeito a “[...] um padrão de modificações que ocorrem na estrutura e funcionamento do corpo e nas formas de adequação da pessoa” (Bromley, 1966, p. 35).

Segundo o mesmo autor e considerando igualmente a subjetividade destes dados, que são utilizados a título de referência, o processo de envelhecimento concerne a faixa etária dos 65 aos 110 anos, aproximadamente. Entre os 65 e os 70 anos, começam a verificar-se os primeiros sinais de isolamento, a libertação das funções profissionais, uma maior predisposição para o aparecimento de problemas físicos e mentais e a redução da autonomia na realização das atividades vulgares do quotidiano. A partir dos 70 anos, o indivíduo torna-se mais dependente e revela sinais de debilidade física e mental. Até ao seu falecimento, o indivíduo poderá apresentar sinais de senilidade, verificando-se ainda um declínio das suas funções biológicas principais (p. 23).

De facto, o envelhecimento é um tema consideravelmente vasto e complexo, que, a fim de ser estudado, requer a consideração de várias vertentes de análise.

Antes de mais, importa considerar os três principais tipos de envelhecimento: o biológico, “[...] que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência”; o psicológico ou cognitivo, que diz respeito à sua consciência/lucidez e à capacidade de tomada de decisões; o patológico, como resultado do surgimento de determinadas doenças e/ou eventualmente do diagnóstico de determinada demência; finalmente, o social, que alude aos diversos papéis sociais desempenhados pelo idoso (Figueiredo, 2007, p. 31).

3.1. Biológico

Birren e Zarit (1985), citados em Figueiredo (2007, p. 32), descrevem o processo de envelhecimento biológico, envelhecimento normal, envelhecimento primário ou senescência, como “[...] o processo de mudança no organismo, que com o tempo diminui a probabilidade de sobrevivência e reduz a capacidade biológica de autorregulação, reparação e adaptação às exigências ambientais”. Trata-se, portanto, de “[...] um processo normal de deterioração biológica geral que aumenta a vulnerabilidade do indivíduo à doença e à morte”.

Por um lado, este processo desencadeia várias mudanças do ponto de vista físico, que afetam diretamente o aspeto exterior do indivíduo: o aparecimento de rugas e cabelos brancos, como resultado da perda de elasticidade quer da pele quer dos folículos, assim como da sua secura e adelgaçamento; as alterações/dificuldades em termos de locomoção e equilíbrio, devido à perda de massa muscular e de cálcio nos ossos, assim como à redução da mobilidade das articulações; e, conseqüentemente, a lentidão dos movimentos, bem como a diminuição da força muscular e da capacidade/velocidade de reação. Por outro lado, surge igualmente uma série de alterações internas ao nível dos órgãos vitais, que afetam o normal funcionamento do organismo do indivíduo, como resultado da debilidade dos vários sistemas: cardiovascular; respiratório; renal; gastrointestinal; músculo-esquelético; nervoso (devido à redução do número de células ativas, que afeta a memória, a aprendizagem, a atenção, o raciocínio, a linguagem, a orientação e a personalidade) e sensorial (sobretudo a visão, a audição e a motricidade fina); metabólico; reprodutor; e imunitário (Sequeira, 2010, pp. 21-23; Figueiredo, 2007, pp. 34-39).

Em suma, “[...] o processo de senescência provoca o envelhecimento das estruturas e do aspecto geral do corpo humano, bem como o declínio das funções orgânicas” (Figueiredo, 2007, p. 34).

3.2. Psicológico e Cognitivo

De forma a analisar o envelhecimento psicológico e cognitivo, importa evidenciar que as alterações que se vão verificando a nível corporal vão ter igualmente repercussões nas atitudes e comportamentos dos indivíduos (Sequeira, 2010, p. 23).

O envelhecimento psicológico e cognitivo resulta da conjugação de diversos fatores – genéticos, socioculturais, patológicos e ambientais – que pautam a vida de cada indivíduo. Assim sendo, a subjetividade de cada indivíduo prende-se com: a sua genética; a sua condição de saúde; a sua personalidade; a sua história de vida; o seu contexto social; as suas habilitações académicas e profissionais; os seus valores, princípios e ideais; as suas emoções e os seus sentimentos; a sua sensibilidade; os seus desejos, interesses e as suas expetativas; a sua atividade física e mental. E, por isso, a manutenção de certas atividades importantes na vida do idoso será relevante neste trajeto de envelhecer de forma saudável e equilibrada. Deste modo, a continuação da prática dessas mesmas atividades contribuirá de forma significativa para a realização/satisfação pessoal do indivíduo, o que dará sentido e significado à sua existência, assim como um sentimento de utilidade, competência e pertença à sociedade, da qual é elemento integrante. Quer isto dizer que a manutenção destas atividades, não só irá contribuir para a promoção do bem-estar psicológico do indivíduo, como também para a preservação da funcionalidade do seu corpo (Sequeira, 2010, pp. 23-25).

As alterações psicológicas e cognitivas podem ser de tal forma impactantes que, na falta de um estilo de vida saudável e equilibrado, podem interferir no funcionamento harmonioso do corpo e organismo do indivíduo sênior. A principal capacidade cognitiva, que rapidamente fica comprometida, é a memória a curto e a longo prazo, verificando-se a diminuição da velocidade de recuperação da memória, sobretudo da mais recente. Daí que o indivíduo sênior experimente períodos de desorientação recorrentes no tempo e no espaço. Logo, quando falamos na nossa memória, referimo-nos àquilo que nos liga ao mundo, o que é preponderante na construção da nossa identidade. Ora, uma pessoa sem memória é alguém sem história de vida, sem

referências e que se encontra à parte do resto do mundo. Outras capacidades que também podem sofrer alterações são: a inteligência, no que respeita ao conhecimento que tinha e ao que demonstra presentemente, assim como ao vocabulário utilizado na oralidade e/ou na escrita; a sua capacidade de atenção e de aprendizagem, que é, por vezes, abalada por momentos de distração e alienação; a sua linguagem, o que afeta a comunicação e a articulação do discurso, em termos de fluência e da sintaxe utilizada, assim como a compreensão do que é dito; o raciocínio fica igualmente em condições de debilidade, dificultando a capacidade de resolução de problemas; e a velocidade/capacidade de reação, como resultado da lentidão da capacidade de pensamento e de ação (Sequeira, 2010, pp. 25-28; Figueiredo, 2007, pp. 38-39).

3.3. Patológico

Como pudemos constatar na análise do envelhecimento biológico, que aborda as alterações anatómicas e orgânicas consideradas normais ao longo do envelhecimento do indivíduo, o envelhecimento não implica necessariamente deterioração ou doença. Na verdade, os limites entre envelhecimento normal e patológico não são facilmente delimitáveis. Por um lado, podemos considerar determinadas transformações que ocorrem no indivíduo e que são absolutamente atribuídas ao envelhecimento normal como, por exemplo, o aparecimento de algumas rugas no rosto ou de cabelos brancos. Por outro lado, certas alterações anatómicas e orgânicas podem aumentar a propensão do idoso para o aparecimento de várias patologias, uma vez que “[...] o normal e o patológico sobrepõem-se, já que o normal acima de um certo limiar se considera patológico”, como por exemplo, no caso do processo de descalcificação dos ossos, que não é considerada doença até atingir um dado limite, que conduza ao diagnóstico de osteoporose (Figueiredo, 2007, p. 33). Quer isto dizer que as consequências do envelhecimento normal não costumam afetar de forma preponderante a vida do sênior, contrariamente ao que sucede no caso do envelhecimento patológico que compromete gravemente a sua qualidade de vida.

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

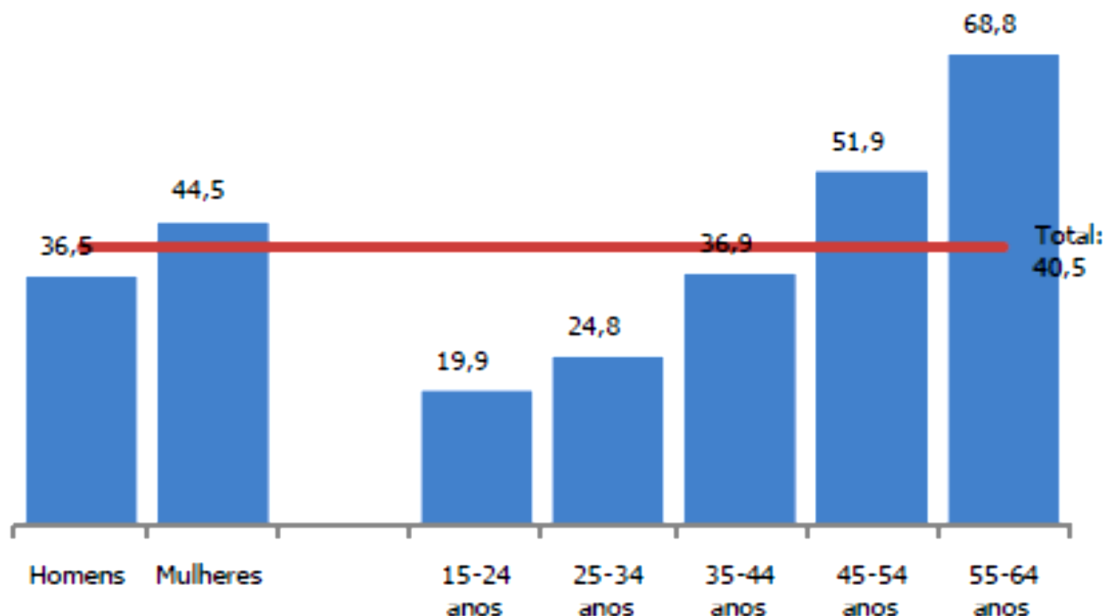


Gráfico 4 – População (%) com um ou mais problemas de saúde, por género e grupo etário, em Portugal (2011).
Fonte: Instituto Nacional de Estatística (2012, p. 1).

Observando o gráfico 4, verifica-se uma maior incidência de problemas de saúde na população feminina, perfazendo 44,5% da população total, assim como da população entre os 55 e os 64 anos, que representam 68,8% do total da população, estimando-se um aumento gradual da recorrência dos problemas de saúde com o avançar da idade. Esta maior incidência de problemas de saúde nos indivíduos do sexo feminino pode estar relacionada com as diversas preocupações da mulher atual decorrentes do desempenho diário de vários papéis sociais (como profissional, responsável pelas tarefas domésticas, mãe, filha, cuidadora informal, por exemplo).

3.3.1. Patologias Crónicas

O envelhecimento patológico está associado a alterações originadas por doenças que implicam a existência de cuidados de saúde prolongados. Alguns exemplos de doenças crónicas mais recorrentes em idade avançada são: as doenças do foro mental (sobretudo a demência e a depressão); a diabetes; as doenças cardiorrespiratórias, pulmonares e músculo-esqueléticas (ex.: a artrite reumatoide e a osteoporose, que

causam dor e desconforto no indivíduo sênior, comprometendo a sua mobilidade e aumentando o risco de lesões); o Acidente Vascular Cerebral (AVC), que se caracteriza pela interrupção do fluxo sanguíneo no cérebro, geralmente motivado pelo rompimento de um vaso sanguíneo ou pela formação de um coágulo, o que impede a chegada de nutrientes ao cérebro, originando lesões cerebrais e, por vezes, físicas, ou, em casos mais severos, causar a morte súbita; a hipertensão; e o cancro (Gomes, 2013, pp. 8-9). Estas doenças tendem a expor o sênior a uma posição de vulnerabilidade, que compromete a sua autonomia e o obriga a um determinado grau de dependência do auxílio de terceiros, consoante a gravidade e o estágio da doença (Pelegrino e Leal, 2009, p. 49).

3.3.2. Patologias Neurológicas

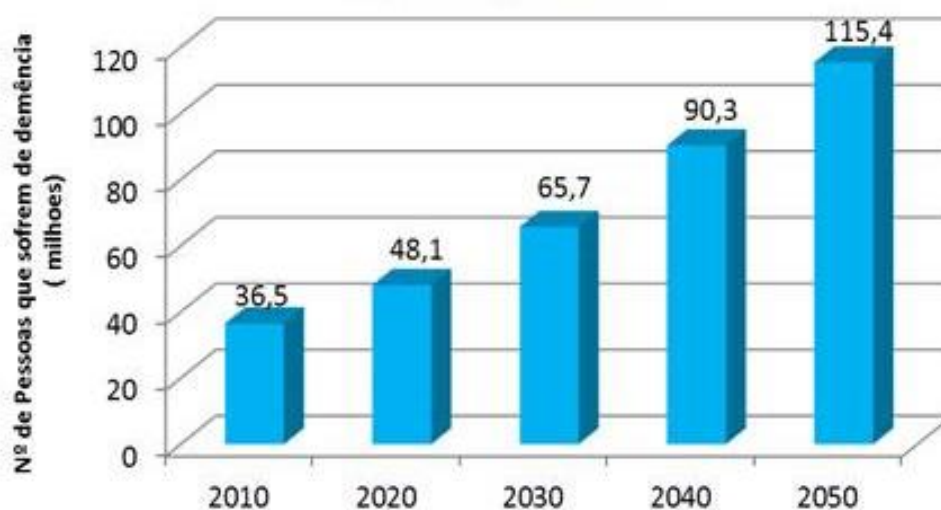


Gráfico 5 – População (milhões) afetada por demência no mundo, 2010-2050 (estimativas de 2012).

Fonte: Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2014).

Analisando o gráfico 5, verifica-se um aumento progressivo da recorrência do diagnóstico de demências na população mundial. Em 2010, 36,5 milhões de pessoas sofriam de algum tipo de demência. A partir desta data, as estimativas prevêem: 48,1

milhões, em 2020; 65,7 milhões, em 2030; 90,3 milhões, em 2040; e 115,4 milhões, em 2050, pelo que este aumento tendencial das demências parece continuar no futuro.

A Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2014), citando o EP, refere que “it is estimated that the majority (35%) of the total number of people with dementia are to be found in Asia, with Europe occupying second place, with 28%”.

As demências neurodegenerativas mais recorrentes atualmente são a doença de Alzheimer (DA) e a doença de Parkinson (DP), que serão brevemente descritas de seguida, mais precisamente de um ponto de vista sociológico que não médico, tendo como base a minha experiência académica prévia e a área de estudo sobre a qual me debruço neste trabalho.

3.3.2.1. Doença de Alzheimer

A demência é o tipo de patologia mais comumente diagnosticada a partir dos 65 anos, sendo a idade em que o predomínio e a ocorrência de demências aumenta (Sequeira, 2010, p. 89).

Segundo Stuart-Hamilton (2002, p. 150), a “demência descreve a deterioração global do funcionamento intelectual resultante da atrofia do sistema nervoso central”. Falamos, portanto, de uma patologia que apresenta um conjunto de sintomas específicos, que caracterizam a doença mental crónica: as alterações cognitivas, comportamentais e ao nível da interação com os outros, assim como a dependência de terceiros para a realização de atividades diárias (Sequeira, 2010, pp. 89 e 92-93).

Stuart-Hamilton (2002, pp. 152-153) explica que foi Alois Alzheimer, psiquiatra alemão, que diagnosticou a demência de Alzheimer pela primeira vez em 1907, sendo atualmente designada de diversas formas: doença de Alzheimer (DA), aquela que usaremos como referência; demência senil do tipo Alzheimer (DSTA); demência degenerativa primária (DDP); e como demência do tipo Alzheimer (DTA).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

Os estudiosos e investigadores da DA consideram-na a patologia neurodegenerativa com maior grau de incidência na população idosa, representando cerca de 60 a 70% dos casos de demência. E os principais fatores de risco responsáveis pelo surgimento da DA são: a idade avançada, os antecedentes familiares, o género feminino, os problemas vasculares e o baixo nível sociocultural (Sequeira, 2010, pp. 101-102).

Segundo Sequeira (2010, pp. 109-120) e Stuart-Hamilton (2002, pp. 153-154 e 168), o indivíduo que é diagnosticado com a DA por um profissional de saúde, tende a apresentar algum(uns) sintoma(s), tal(is) como: perda de memória acentuada, sobretudo da mais recente, que pode incluir o esquecimento de informações/instruções simples; dificuldade na resolução de problemas; negligência notória com a imagem (ex.: deixar de se arranjar; inadequação das peças de roupas, cores e padrões escolhidos; falta de cuidados de higiene); alterações emocionais (ex.: desmotivação, isolamento, irritabilidade, agressividade, ansiedade, agitação, apatia, aparecimento de sinais de depressão); transtornos de personalidade (ex.: desinibição, utilização de linguagem imprópria, comentários inadequados, comportamentos pouco habituais); desorientação no tempo e no espaço, que pode levar o doente a perder-se em locais públicos; incapacidade de realizar movimentos/gestos específicos, denominada apraxia (ex.: fazer continência; benzer-se; utilizar um objeto específico, como uma tesoura; vestir-se com dificuldade; entre outros); incapacidade de reconhecer imagens/objetos através da visão, denominada agnosia visual, ou, em estádios mais avançados da doença, incapacidade de reconhecer o rosto de familiares ou até a sua imagem no espelho, chamada prosopagnosia; empobrecimento do vocabulário utilizado no discurso, cingindo-se ao uso de um número limitado de palavras e perdendo de forma progressiva a capacidade de comunicar com os que o rodeiam (afasia), incoerência ao nível da linguagem, bem como ilegibilidade da escrita, em parte devido aos tremores; dificuldades de atenção; comprometimento da função olfativa, o que implica que o cheiro seja mais intenso de forma a ser detetado; ocorrência de incontinência; hiperoralidade, que se caracteriza pelo impulso de colocar na boca qualquer objeto que

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

vê, e perturbações alimentares, como a bulimia, ou seja, o impulso de comer quantidades excessivas de comida, e a anorexia; perturbações do ritmo sono-vigília, como resultado da recorrência de insónias; alucinações e delírios; ocorrência de erros sucessivos, a principal consequência da doença, caso o doente ainda se encontre a desempenhar uma dada função profissional.

Segundo Sequeira (2010, pp. 109-110 e 120), é possível identificar sete etapas da DA, dependendo obviamente do ritmo de evolução da doença, que varia de pessoa para pessoa e consoante o acompanhamento médico durante o processo: numa primeira etapa não se verificam alterações; numa segunda etapa, o doente apresenta algumas queixas de falta de memória, esquecendo-se de nomes, locais de objetos e acontecimentos/conversas recentes, mas mantém a sua autonomia e, por isso, estes sintomas tendem a ser ignorados pela família e a ser atribuídos à idade; numa terceira etapa verifica-se um agravamento das queixas, levando ao esquecimento do nome de familiares e até a períodos de desorientação, que levam o doente a perder-se em locais onde costuma ir habitualmente; numa quarta etapa, a demência encontra-se num estado moderado da sua evolução, em que as atividades diárias do doente começam a estar comprometidas; numa quinta etapa, a perda de memória é acentuada, o que impossibilita o doente de se lembrar de acontecimentos importantes na sua vida, apresenta graves dificuldades de concentração e atenção, o que o leva a ser repetitivo, deixa de conhecer as pessoas mais próximas e surgem alterações comportamentais, como a apatia, a agitação, a agressividade, a insónia e a desconfiança; a sexta etapa aplica-se a um estado de demência grave, caracterizado pela dependência constante do doente na realização das suas tarefas diárias, que incluem vestir-se, deslocar-se, alimentar-se, cuidar da sua higiene pessoal, tomar a medicação..., o seu discurso é fragmentado e incoerente, deixa de conhecer os familiares e as alterações comportamentais intensificam-se; numa sétima fase, o estado mais avançado da doença, em que a demência é muito grave, o idoso fica totalmente dependente de terceiros e apresenta diversas complicações (ex.: incontinência; perda de reflexos; dificuldades de mobilidade, como resultado da atrofia muscular; complicações

respiratórias; infeções; úlceras de pressão, sobretudo em doentes acamados; entre outras).

Embora varie de caso para caso e consoante a evolução da doença, geralmente, a DA surge associada a uma longevidade de oito a doze anos, a partir do seu diagnóstico (Sequeira, 2010, p. 120).

3.3.2.2. Doença de Parkinson

James Parkinson, médico inglês, foi o impulsionador do estudo da doença de Parkinson, em 1817. Por sua vez, Jean-Martin Charcot, neurologista francês, viria a prosseguir estes estudos, tendo chegado à designação de “Doença de Parkinson”, em homenagem ao seu primeiro investigador (Santos, 2009, p. 24).

A DP é a segunda doença neurodegenerativa mais comumente diagnosticada, afetando cerca de 1 a 2% da população com mais de 65 anos de idade (Filho et al., 2007, p. 5).

A DP é uma doença neurodegenerativa progressiva, caracterizada pela redução do número de neurónios que, por conseguinte, dificulta a produção de um neurotransmissor cerebral, a Dopamina. Podemos ainda distinguir o Parkinsonismo primário do secundário, representando o primeiro o mais recorrente e que tem origem idiopática, afetando cerca de 78% das pessoas diagnosticadas com a DP, enquanto que o segundo, tem por base distúrbios hereditários e neurodegenerativos, estes últimos motivados por causas infecciosas, farmacológicas e/ou metabólicas (Santos, 2009, pp. 24-25).

O doente de Parkinson, geralmente, apresenta algum(uns) sintoma(s) específico(s), tal(is) como: distúrbios de movimento (ex.: tremores involuntários; rigidez muscular; desequilíbrios; lentidão de movimentos ou bradicinesia, ou, em fase avançada da doença, podem existir casos de ausência completa de movimentos ou acinesia); marcha com recurso a pequenos passos; quedas frequentes; perda de força muscular; dificuldades ao nível da deglutição e de manutenção de uma postura corporal correta;

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

perturbações da voz e da fala; perda de expressão facial, babugem e pestanejar pouco frequente; déficit cognitivo; e ocorrência de depressão. Estes sintomas variam consoante a fase da doença. Por um lado, no início, o doente apresenta tremores unilaterais e sensação de fadiga; numa fase intermédia, os tremores são mais recorrentes e generalizados, a rigidez corporal intensifica-se, assim como os sinais de bradicinesia, as alterações de postura e a instabilidade corporal, verificando-se uma dependência crescente de ajuda do doente por parte de terceiros; numa fase avançada, para além dos distúrbios motores, por vezes verifica-se também a ocorrência de perturbações do foro cognitivo (Santos, 2009, pp. 24-26).

Do ponto de vista do observador, é possível afirmar que as características do doente de Alzheimer não são tão visíveis quanto as do doente de Parkinson, visto que a DA afeta principalmente a cognição do indivíduo (podendo depois conduzir a consequências do ponto de vista físico), ao passo que a DP tem consequências maioritariamente físicas (que podem, em alguns casos, levar também a um déficit cognitivo).

Nem a DA, nem a DP têm uma cura farmacológica, mas existem medicamentos que permitem retardar a evolução das doenças e a intensificação dos seus sintomas, permitindo ao doente preservar a sua autonomia e equilíbrio psicológico, e desfrutar de uma vida com mais qualidade (Santos, 2009, p. 26).

Para além da importância do acompanhamento dos profissionais de saúde, importa ainda salientar a relevância da interação sociocultural na vida dos doentes de Alzheimer e dos doentes de Parkinson, o que irá desempenhar um papel igualmente central no retardamento da evolução da doença e na manutenção da qualidade de vida, assunto que será alvo de reflexão mais à frente.

3.4. Envelhecimento Social

Para além das alterações biológicas, psicológicas e cognitivas, e eventualmente patológicas, importa salientar um outro tipo de envelhecimento, o social, que compreende as mudanças que ocorrem no indivíduo relativas aos papéis sociais que desempenha e a sua consequente adaptação a essas novas condições de vida e realidades. Contudo, estas alterações não têm de ser necessariamente negativas, nem conduzir a um sentimento de tristeza ou de insatisfação. Pelo contrário, a perda de determinados papéis sociais pode ser algo positivo, na medida em que dá liberdade para o desempenho de outros (Figueiredo, 2007, pp. 53-54).

3.4.1. Reforma

A perda do papel de profissional é talvez a mais relevante e marcante para o indivíduo sénior, pautado pelo momento em que ocorre a reforma, fase que, geralmente, surge associada: à perda de importância social, pela falta de produtividade; à diminuição dos rendimentos económicos; à redução das oportunidades de socialização, que poderão e deverão ser substituídas por outras; à redução do stress; por fim, ao aumento do período de tempo livre (Figueiredo, 2007, p. 54).

No entanto, a chegada da idade da reforma deve ser encarada como algo natural e que proporciona ao reformado a possibilidade de desfrutar de novas experiências e de descansar do trabalho contínuo, ao qual dedicou grande parte da sua vida.

O processo de ajustamento do sénior à reforma compreende, de um modo geral, cinco fases distintas, que deverão certamente variar (decorrendo com uma outra ordem factual ou ainda com a omissão de algumas etapas), consoante o indivíduo em questão: o *período de lua-de-mel* começa logo depois da chegada da reforma e remete para um período de euforia, que permite ao indivíduo dedicar-se a todas as atividades que quiser e para as quais ainda não tinha tido disponibilidade; o *período de descanso e relaxamento* é uma fase vivida de forma particularmente calma e descontraída; o *período de desencantamento* alude aos momentos de descontentamento quando os planos

e/ou as expectativas em relação ao período da reforma parecem não decorrer como previsto, ou ainda quando sucede algo inesperado (ex.: o aparecimento e/ou diagnóstico de alguma doença); o *período de reorientação*, em que o indivíduo explora a possibilidade de se dedicar a novas atividades, que satisfaçam as suas necessidades de envolvimento na comunidade e que proporcionem uma certa rotina à sua nova condição; a fase final diz respeito à continuação da organização dessa rotina estável e satisfatória (Figueiredo, 2007, p. 55).

Segundo o mesmo autor, “o grande desafio consiste então em reorganizar o quotidiano, descentrar a profissão e encontrar um papel que garanta a manutenção do sentido de utilidade” (pp. 54-55).

3.4.2. Família

Nesta fase, em que o sênior apresenta uma grande disponibilidade de tempo, a existência de momentos em família, que contribuam para a manutenção e fomentação de laços familiares fortes, é de extrema importância.

Os filhos vivem com os seus constrangimentos profissionais e preocupam-se com a educação dos seus filhos, embora o contato com os pais e restantes familiares se mantenha. Os pais dedicam-se sobretudo a desempenhar a função de avós, ocupando-se dos seus netos (Figueiredo, 2007, p. 57). Trata-se, portanto, de uma aprendizagem bilateral, na medida em que os avós se divertem com os seus netos e ficam a par das novidades e acontecimentos mais recentes, ao passo que os netos adquirem novos conhecimentos, como resultado da experiência e sabedoria dos seus avós.

Esta etapa da vida tende também a aproximar o casal de seniores que, uma vez mais, motivado pela disponibilidade de tempo, revela uma maior preocupação com a sua relação e uma dedicação mútua, valorizando o ato de cuidar e dando mais atenção ao outro. E “[...] a esta perspetiva deve associar-se outra, que encara o casal no fim da vida a reviver um conjunto de sentimentos que, ao longo da vida em comum, se foram

manifestando, mas que eram dissipados por outras prioridades”. Daí que a doença e a eventual morte de um dos elementos do casal sejam motivos de mudança e de readaptação a uma nova realidade e vivência. De facto, o casal cria uma relação de dependência emocional, em que a falta do cônjuge vai suscitar sentimentos de revolta, negação, culpa e alguns comportamentos depressivos, que tendem a melhorar com o passar do tempo, à medida que a conformação toma lugar (Figueiredo, 2007, pp. 58-59).

3.4.3. Amizade

De acordo com Figueiredo (2007), nesta fase de idade avançada, os indivíduos tendem a valorizar as amizades mais antigas e próximas, em detrimento de relações que consideram menos importantes e que não merecem qualquer investimento da sua parte, ou seja, “[...] as pessoas selecionam *activamente* as relações nas quais desejam investir e das quais obtêm maior satisfação” (p. 60). Contudo, a partir de uma idade considerável, os amigos próximos ainda vivos já serão poucos e dificilmente substituídos (p. 61).

A perduração no tempo da relação de amizade e da relevância da estima sentida pelos seus elementos integrantes podem dar origem à solidão e ao isolamento social, que devem ser contornados, de forma a evitar o risco de comprometimento da qualidade de vida dos seniores, que se devem refugiar no(a) companheiro(a) e/ou na família.

3.5. O Papel do Cuidador

Quando pensamos no papel do cuidador, importa distinguir dois tipos de cuidador: o formal e o informal. Segundo Romão et al. (2008, p. 29), por um lado, os cuidadores formais pressupõem a realização de “[...] cuidados remunerados [...], sendo realizados por indivíduos específicos que exercem essa atividade num enquadramento sujeito a regras burocráticas e a exigências profissionais” (ex.: os profissionais de saúde,

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

que acompanham o sénior; os serviços de apoio domiciliário; e/ou até mesmo os serviços resultantes da institucionalização de seniores em lares de terceira idade). Enquanto que, por outro lado, os cuidadores informais centram-se em “[...] cuidados não sujeitos a remuneração e [...] na relação interpessoal” (ex.: os familiares e amigos, que auxiliam o sénior na realização das suas atividades diárias). Deste modo, os cuidados informais “[...] supõem relação anterior e de proximidade entre quem cuida e quem beneficia do cuidado”. E, por isso, geralmente, os cuidadores informais “[...] são insubstituíveis, só eles têm a especial qualidade de conseguir que a pessoa seja cuidada [...] e se sinta cuidada”.

Centrando-nos no papel do “cuidador informal”, também podemos falar em “prestador informal de cuidados” ou “cuidador familiar”, sendo estes os vários termos utilizados para nos referirmos a este tipo de cuidador (Figueiredo, 2007, p. 99).

Segundo estudos realizados no âmbito desta temática, cerca de 70 a 80% dos cuidados prestados a seniores partem da iniciativa de cuidadores informais: mais frequentemente, da família (cônjuge, filhos, noras/genros); mais raramente, dos amigos, vizinhos e/ou outros parentes. Para além disso, cerca de 52,6% dos seniores passa a viver em casa de familiares e 44,8% permanece na sua casa. Relativamente à idade, os cuidadores informais costumam ter idades compreendidas entre os 45 e os 60 anos (Romão et al., 2008, pp. 31 e 35; Figueiredo, 2007, p. 111).

Em conformidade com o facto de a longevidade e, por conseguinte, a dependência serem mais notórias nos seniores do género feminino, a maioria dos cuidadores informais tendem a ser do mesmo género (ex.: as filhas que se encarregam de cuidar das mães), muito embora alguns prestadores de cuidados sejam do género masculino, mas com menos recorrência (Romão et al., 2008, p. 31).

As tarefas mais comumente desempenhadas pelos cuidadores informais no apoio aos seniores dependentes podem ser divididas em duas categorias: por um lado, o auxílio nas atividades diárias (na higiene pessoal, no vestir, na locomoção, na alimentação, entre outras) e nas atividades instrumentais (no transporte, nas compras,

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

nas tarefas domésticas, na confecção das refeições, na gestão financeira, na administração da medicação, entre outras). Podemos falar ainda na importância: do apoio emocional e da afetividade; da supervisão, que permite atuar mais eficazmente em situações de emergência; da orientação no exterior do domicílio, referente às deslocações e ao acompanhamento a determinados serviços, nomeadamente de saúde; de situações de defesa de direitos em termos de apoios, em instituições de previdência social (Figueiredo, 2007, pp. 113-114).

Geralmente, os cuidadores que ajudam os familiares em idade mais avançada na realização das suas tarefas diárias e na manutenção de uma rotina equilibrada e saudável, encaram esse papel como um dever familiar ou como forma de agradecimento àqueles que já muito fizeram por si anteriormente, pelo que é agora o momento de retribuir essa ajuda.

Os cuidadores informais tendem a atribuir vários aspetos positivos ao seu papel de cuidador: a preservação da dignidade do sênior; a satisfação de ver o sênior tratado de forma apropriada; a realização pessoal resultante da consciencialização de que dá o seu melhor nas tarefas desempenhadas; a possibilidade de manter o sênior na sua própria casa/na casa do cuidador, evitando a sua institucionalização; a oportunidade de desenvolver novas competências e adquirir novos conhecimentos. Porém, existem alguns aspetos negativos a considerar no contexto do desempenho do papel de cuidador informal, que tendem a ser mais impactantes no caso de cuidados prestados a seniores com demência, atendendo à complexidade da doença e à exigência que a mesma acarreta para o cuidador: a debilitação da saúde física (ex.: cansaço) e mental (ex.: sintomas depressivos, que podem incluir ansiedade, tristeza, frustração, desespero...; o *stress*; os sentimentos de culpa, causados pela negligência de outras responsabilidades, pela saturação e, ocasionalmente, por desejar a morte do sênior, de forma a acabar com o seu sofrimento e a libertar o cuidador dessa situação); os encargos económicos; a dificuldade de conciliação do papel de cuidador com o desempenho de um dado cargo profissional; a ausência de tempo livre; os conflitos familiares; e as

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

restrições na vida social (Romão et al., 2008, pp. 32 e 36; Figueiredo, 2007, pp. 119-128 e 130).

Embora os papéis de cuidador formal e informal possam ser analisados separadamente, não quer dizer, de modo algum, que os vários cuidadores atuem de forma isolada. Antes pelo contrário, “[...] a adequação e a integração entre o plano formal e o informal tornam-se condições indispensáveis ao bem-estar do idoso e de quem dele cuida”. De facto, situações em que o cuidador informal recorre ao aconselhamento de um cuidador formal, a fim de poder atender às necessidades do sénior de forma mais adequada (ex.: pedir indicações sobre um modo de administração da medicação mais eficiente, no sentido de facilitar a sua toma por parte do doente), são cada vez mais recorrentes. Até, porque, por vezes, também é importante “ajudar quem ajuda” (Romão et al., 2008, p. 36). Quer isto dizer que não estamos perante uma “[...] acção de sentido único, em que o idoso é apenas o receptor do cuidado, mas sim na perspectiva da dinâmica relacional, quer na família quer face aos intervenientes do sector formal” (p. 38). Fazendo uma breve menção à importância da medicina narrativa (Fernandes, 2014, pp. 289-290), que defende que o relato do doente/cuidador informal é preponderante na deliberação do profissional de saúde, muitas vezes, importa redirecionar a atenção da doença para o doente, de forma a valorizar a sua singularidade (a sua história de vida, as suas crenças, os seus medos e os seus dilemas). Grossman e Cardoso (2006, p. 7) explicam ainda que, de modo a compreender o discurso do doente/cuidador informal sobre a doença, “[...] o profissional necessita seguir o fio da narrativa [...], dar sentido à sua linguagem simbólica, compreender o significado das histórias e imaginar a doença pela perspectiva do doente, muitas vezes contraditória”. “Não se trata de prescindir dos avanços da ciência médica, mas apenas de reconhecer que ela só por si não será capaz de fornecer bases sólidas que preparem o médico para a complexidade dum genuíno e profícuo encontro com o seu doente” (Fernandes, 2014, pp. 289-290). Trata-se, portanto, de um trabalho conjunto, que inclui três intervenientes – o sénior, os cuidadores formais e os cuidadores informais – responsáveis por gerir várias situações, com vista à promoção de uma vida equilibrada e saudável.

4. A Importância de um Envelhecimento Ativo e o Papel Terapêutico da Interação Sociocultural



Figura 2 – Exemplo de um envelhecimento sedentário, baseado no isolamento e uso excessivo da televisão.
Fonte: Meneghini (s.d.).



Figura 3 – Exemplo de um envelhecimento ativo e saudável (Visita ao museu Casa das Histórias Paula Rego).
Fonte: UNIDAC – Universidade Sênior na Universidade (s.d.).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

Olhar para o ato de envelhecer como um processo positivo, um tempo de utilidade e de novas aprendizagens, constitui uma forma de efetuar a rutura com os estereótipos que surgem associados ao significado de ser velho nas sociedades contemporâneas, como um tempo de não trabalho e de dependência, doença, perdas (físicas, cognitivas e sociais) e de abandono.

(Gil, 2013, p. 105)

Revela-se, portanto, preponderante o combate ao idadismo, à estigmatização e à marginalização dos seniores, muitas vezes encarados como um fardo social e económico. Contrariar a ideia de que a velhice tem de estar obrigatoriamente ligada a aspetos negativos é primordial, porque essa imagem negativa criada pela sociedade influencia diretamente a ideia que os seniores têm de si mesmos, o que reduz drasticamente a sua autoestima. Deste modo, a promoção de uma intervenção que defenda a participação e a dignidade dos seniores, rumo à coesão e ao progresso social, é realmente importante. Até, porque, na verdade, o envelhecimento é uma etapa privilegiada da vida, que, para além das dificuldades e dos obstáculos, pode incluir também a realização pessoal, e um sentimento de satisfação e felicidade perante a vida (Ribeirinho, 2014, p. 105; Sequeira, 2010, pp. 34 e 36).

4.1. Resiliência

Segundo Henriqueto (2013), esta visão otimista do envelhecimento conduz-nos ao domínio da resiliência, que “[...] consiste num processo dinâmico em que os indivíduos apresentam uma adaptação positiva embora estejam perante experiências adversas” (p. 18). Geralmente, os seniores resilientes, como resultado da sua capacidade de autoanálise, sabedoria e experiência refletem sobre a vida e regeneram forças com base em recursos internos que lhes permitem fazer frente às adversidades (p. 22). Quer isto dizer que o sucesso alcançado no decorrer desta etapa da vida pressupõe a eficiência com que os seniores lidam “[...] com as mudanças que acompanham o envelhecimento, o que implica, mesmo em situações difíceis, como a

falta de saúde, que os indivíduos possam manter um alto nível de saúde psicológica e satisfação de vida” (Paúl, 1996, p. 20). Logo, “[...] altos níveis de resiliência são um fator que auxilia os idosos na adaptação às dificuldades inerentes ao envelhecimento, sendo assim um fator importante a desenvolver na terceira idade” (Henriqueto, 2013, p. 22).

4.2. Envelhecimento Ativo

A noção de resiliência conduz-nos ainda ao conceito de envelhecimento ativo, que remete “[...] para a importância da promoção da saúde e para as medidas preventivas que ajudem a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, a manterem-se ativas e independentes, prevenindo a sua institucionalização e o declínio da saúde”. Para além disso, “esta perspetiva alicerça-se numa visão mais inclusiva, na qual se reconhece o contributo dos vários fatores (físicos, psicológicos, culturais e sociais) que afetam a forma como os indivíduos envelhecem” (Gil, 2013, p. 105).

Assim sendo, de forma a experimentar um envelhecimento bem-sucedido, revela-se preponderante a dedicação a um planeamento ao longo da vida, que nos permita ter uma vida igualmente confortável nesta etapa. De facto, “[...] o envelhecimento não se circunscreve apenas ao idoso, antes ocorre ao longo da vida – desde o nascimento até à morte”. E, por isso, o sucesso do envelhecimento “[...] reside essencialmente na autonomia física, psicológica e social do idoso” (Bromley, 1966, p. 19).

É evidente que um envelhecimento saudável e ativo não depende unicamente da vontade do indivíduo, até porque existem determinados fatores biológicos e genéticos que ele não controla (Gil, 2013, p. 106). Contudo, se houver uma preocupação com a manutenção da saúde e com a promoção de uma vida com qualidade, tudo se torna mais fácil e concretizável. Isto significa que a escolha de uma vida equilibrada é a melhor solução. Devemos evitar excessos e erros que prejudiquem a saúde, pensando *a priori* que essas atitudes terão repercussões no futuro. Daí a importância de se “[...] investir na promoção da saúde através da adopção de estilos de vida saudáveis, na prevenção da doença e no diagnóstico precoce” (Sequeira, 2010, p. 34).

A OMS, citada em Fernandes e Fernandes (2011), corrobora a ideia de que a saúde se define como “um estado de bem-estar total, físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (p. 61). Esta perspectiva holística da saúde é geralmente posta de parte pela medicina tradicional. Por um lado, esta confere primordial importância aos paradigmas curativo e especializado, centrando-se na cura das doenças, que são encaradas como o resultado de um mau funcionamento do ponto de vista fisiológico ou químico do corpo. Por outro lado, há autores a defenderem que a saúde tem de incluir obrigatoriamente as dimensões psicológica e social (p. 62). Isto, porque “o ser humano é uma totalidade integrada – biológica e fisiológica, física, química, psíquica (cognitiva, afetiva, ética, estética e espiritual) e social e cultural” (p. 63).

Para além disso, cada indivíduo deve preservar a sua identidade/essência ao longo de toda a sua vida, mesmo com uma idade avançada. Se sempre foi uma pessoa física, social e/ou culturalmente ativa, deve continuar a sê-lo. E cabe ao indivíduo, e aos seus cuidadores formais e informais, assim como às instituições responsáveis certificarem-se que assim é, reunindo as condições necessárias para a realização de determinadas atividades que satisfaçam essas mesmas necessidades e expectativas.

4.3. Cultura

Neste contexto, importa, antes de chegar à noção de interação sociocultural, dirigir a nossa atenção para o conceito de cultura, que tem sido estudado por vários autores ao longo da História e será o foco no planeamento das atividades socioculturais. A tendência mais comum é atribuir à noção de cultura “[...] the works and practices of intellectual and especially artistic activity. This seems often now the most widespread use: culture is music, literature, painting and sculpture, theatre and film” (Williams, 1983, p. 90). Tylor (1874), citado em Bennett et al. (2005, p. 67), explica que cultura “[...] is that complex whole which includes knowledge, belief, art, morals, law, custom, and any other capabilities and habits acquired by man as a member of society”. Uma outra definição, de um ponto de vista antropológico-cultural, refere que cultura concerne:

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

[...] tudo aquilo – conhecimentos, valores, tradições, costumes, procedimentos e técnicas, normas e formas de relacionamento... – que se transmite e adquire através da aprendizagem. É a formação que se transfere socialmente e não geneticamente; o que se herda e se gera na vida social e não o que se transmite e desenvolve no plano da pura biologia.

(Trilla, 2004, p. 20)

4.4. Interação Sociocultural

Passamos agora à noção de interação sociocultural, ou seja, às relações que se estabelecem, tendo por base a socialização e o contato com a cultura do panorama nacional e internacional. Esta interação, resulta da animação sociocultural que pode ser definida como:

O conjunto de acções realizadas por indivíduos, grupos ou instituições numa comunidade (ou num sector da mesma) e dentro do âmbito de um território concreto, com o objectivo principal de promover nos seus membros uma atitude de participação activa no processo do seu próprio desenvolvimento quer social quer cultural.

(Trilla, 2004, p. 26)

O planeamento e a realização destas atividades vão depender de um conjunto de considerações a ter, consoante o sénior em questão: a sua condição de saúde; as suas limitações (físicas, psicológicas e/ou cognitivas) e/ou os seus constrangimentos (sociais, espirituais e/ou culturais); a sua voluntariedade, os seus gostos/interesses e as suas expectativas.

Vieira (2015, pp. 60-61) e Seixas (2009, pp. 122-125) referem que a participação do indivíduo sénior neste género de atividades, que promovem a interação sociocultural, tem como objetivos: melhorar a sua autoestima e qualidade de vida, tornando-o mais ativo e alegre e fomentando um sentimento de utilidade e pertença à comunidade; respeitar a sua dignidade humana e a sua experiência, planeando as

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

atividades em função dos seus gostos e interesses; proporcionar-lhe a aquisição de novos conhecimentos e novas aprendizagens, bem como a sua atualização em termos de cultura geral; fomentar o convívio social; manter a saúde, como resultado da estimulação psicomotora e do pensamento positivo; garantir o papel terapêutico da comunicação interpessoal, que resulta da participação dos seniores em atividades lúdicas que promovem relações e sentimentos positivos; promover melhorias na condição física (ex.: aumento da força muscular e da densidade óssea; mais facilidade no equilíbrio e na coordenação e, por conseguinte, obtenção de uma maior autonomia na realização das atividades diárias); resolver problemas da esfera emocional (ex.: diminuição dos sintomas de depressão, isolamento e solidão; promoção de um sentimento de alegria e do desejo de socialização; aumento dos níveis de autoestima e de autoconfiança).

Relativamente às atividades que podem ser desenvolvidas no âmbito da interação sociocultural, podemos destacar: as lúdicas e recreativas (ex.: jogar às damas, às cartas...; realizar trabalhos manuais; fazer croché; contar histórias de tradição oral e partilhar saberes; entre outras), as culturais (ex.: ir ao cinema, ao teatro e a museus; assistir a concertos; entre outras), as desportivas (ex.: ginástica; natação; hidroginástica; yoga; entre outras), as espirituais (ex.: ir à missa; rezar; ir ao cemitério; entre outras), as intelectuais/formativas (ex.: ir a conferências, palestras e/ou exposições; ler; participar em atividades ligadas ao teatro, ao canto, à dança, à informática, à culinária, ao artesanato, à pintura, à aprendizagem de outras línguas; entre outras), as sociais (ex.: ir a passeios coletivos, festas, e/ou participar em atividades desenvolvidas por instituições; receber e/ou fazer visitas; fazer voluntariado; entre outras) e as quotidianas (ex.: ir às compras; ir ao cabeleireiro; ver televisão; ouvir a rádio e/ou música; cuidar de um animal de estimação e/ou de plantas; entre outras). Tudo isto, para além de combater o sedentarismo e melhorar a condição física, em termos de mobilidade, flexibilidade e força muscular, propicia ainda oportunidades de convívio social, que serão igualmente importantes a nível mental (Lopes, 2014, p. 310; Oliveira, 2013, pp. 20-21; Seixas, 2009, pp. 126-127).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sênior e Turismo Médico em Análise

Pohl et al. (2013, p. 2197) mencionam a relevância primordial da música e do seu papel terapêutico, como complemento da medicina, sobretudo em doentes de Parkinson, salientando a sua importância no âmbito da reabilitação neurológica, na medida em que a música atinge diversas zonas cerebrais e consequentemente beneficia a capacidade cognitiva. A participação em atividades musicais pode ser ativa (ex.: cantar ou tocar um instrumento musical) ou passiva (ex.: ouvir música), sendo que a primeira apresenta benefícios e melhorias mais significativos do que a segunda, atuando diretamente nas capacidades funcionais do doente (ex.: atenção, memória, capacidade de reação e sentido de ritmo).

Houston (2015) refere uma outra atividade, muito ligada à anteriormente citada e igualmente benéfica para os doentes de Parkinson, a dança, que tem vindo a ganhar importância por influência dos programas de dança reconhecidos internacionalmente, nomeadamente o *Dance for PD*, desenvolvido pelo *Mark Morris Dance Group*, em Nova Iorque. Esta atividade pressupõe o ensino e acompanhamento dos participantes por artistas especializados. Os praticantes desta atividade tendem a descrever a dança como um momento de beleza e liberdade, que lhes confere um sentimento de bem-estar, confiança e competência. Investigação clínica tem sido realizada neste âmbito e, de facto, constatou-se que a dança contribui para atenuar os aspetos limitativos da doença. Por essa razão, a motivação inicial dos seus praticantes é recorrentemente terapêutica, sendo uma atividade que estimula o movimento, se bem que gradualmente vão encarando a dança como uma arte e uma oportunidade de desenvolver a capacidade de interpretação artística, a criatividade e a interação social (pp. 28-30 e 35). Logo, a função terapêutica passa para um segundo plano, isto é, “dancing is the aim, rather than therapy as the goal” (p. 30) e, por isso, passam a ver a dança como “[...] a way to re-craft or enrich their lives (p. 38).

Em suma, o objetivo é que o sênior tenha uma vida o mais saudável e ativa possível. E existe uma grande variedade de alternativas, cuja seleção fica à sua consideração e dos seus cuidadores, promovendo assim um equilíbrio em termos da sua frequência e evitando a repetição recorrente de algumas delas que remetem

tendencialmente para as atividades quotidianas, nomeadamente de uso das tecnologias, que fomentam um envelhecimento sedentário.

As atividades de animação sociocultural podem ser realizadas no domicílio do indivíduo sénior e/ou em locais/instituições públicas e privadas, dependendo da atividade em questão, e podem incluir também a família e/ou amigos, o que promove o convívio, a proximidade/intimidade e a partilha de experiências, muitas vezes, de diferentes gerações.

4.5. O papel do Animador Sociocultural

De grande relevância também é o papel do animador sociocultural, que pode ser definido como:

Um profissional socioeducativo que planifica, coordena e gere projectos, eventos e equipamentos socioculturais, adaptando-os ao colectivo destinatário e às características e condições da empresa ou instituição em que se vão desenvolver, contando com a implicação activa dos seus destinatários.

(Ventosa, 2009, p. 338)

O mesmo autor declara ainda que o animador sociocultural deve apresentar um conjunto de características elementares para o exercício da sua função: ser motivador e entusiasta; apresentar competências de relação e comunicação, como resultado da sua posição de mediador da interação decorrente das atividades; demonstrar convicção e confiança em si mesmo e nos outros; apresentar um equilíbrio emocional e maturidade; revelar sensibilidade, solidariedade e vocação para o seu trabalho (p. 338). Para além disso, a prestação deste serviço pressupõe ainda o desempenho de diversas funções, de forma a não comprometer a eficácia e o sucesso da sua atuação: uma função integradora, ajudando os seniores a enfrentar e a lidar com as dificuldades decorrentes desta etapa da sua vida; uma função lúdica ou recreativa, ensinando-os a desfrutar do seu tempo livre através do entretenimento, da ocupação e do desenvolvimento pessoal e social; uma função relacional, fomentando as relações no seio dos grupos; uma função

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
I. Turismo Sénior e Turismo Médico em Análise

criativa, exercitando todas as potencialidades expressivas dos seniores; uma função formativa, promovendo a aprendizagem, a recuperação de memórias, a manutenção intelectual e a atualização de conhecimentos (p. 340).

De acordo com Salas (2004, p. 130), para o sucesso do exercício da sua função, o animador sociocultural “[...] deve ser um ‘especialista em questões gerais’, que necessita de saber manejar as informações e socorrer-se de outros especialistas em questões mais concretas quando for necessário” (ex.: conhecimentos de animação sociocultural, cultura, sociologia, antropologia, psicologia, pedagogia, História, entre outros). Deste modo, o trabalho como animador sociocultural, assim como a maioria dos cargos profissionais, implica obrigatoriamente a dedicação à sua formação contínua. No caso da função de animador, a formação é ainda mais importante, considerando a rapidez com que ocorrem mudanças sociais, o que exige uma constante readaptação a novas realidades e novos públicos. De facto, “o ideal seria que cada projeto de animação estivesse ligado [...] a uma equipa interdisciplinar da categoria universitária que o ajudasse a analisar, periodicamente, as suas posições e acção” (p. 133). Quando não existe esta possibilidade, o animador sentirá a necessidade de se retirar para poder refletir sobre o seu trabalho e, eventualmente, com o auxílio de outros profissionais. “Esta posição da acção-reflexão-acção deve ser levada a cabo com toda a seriedade que exige” (p. 134).

II. Descrição e Análise do Estágio

1. Campus Neurológico Sénior (CNS)¹

1.1. Conceção e Concretização do Projeto

A criação do Campus Neurológico Sénior (CNS) ficou a dever-se ao desejo de uma família, nomeadamente à vontade de dois irmãos, o Prof. Doutor Joaquim Ferreira² (Neurologista) e o Engenheiro João Ferreira (Presidente da Engitorres – Sociedade de Construções, S. A.), de desenvolver este projeto na sua cidade natal, Torres Vedras.



Figuras 4 e 5 – À esquerda, o Prof. Doutor Joaquim Ferreira, e à direita, o Engenheiro João Ferreira.

Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

¹ A descrição detalhada do CNS foi realizada com base nas informações disponibilizadas no site (<http://www.cnscampus.com/>) e na página de Facebook (<https://www.facebook.com/campusneurológicosenior/>) oficiais da unidade de saúde, assim como nos dados facultados pela mesma e na observação decorrente do estágio curricular realizado.

² O Prof. Doutor Joaquim Ferreira é um profissional de renome na área da saúde, nomeadamente na especialidade de Neurologia, reconhecido internacionalmente. A sua formação foi realizada na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa (FMUL). Realizou um estágio em Farmacologia Clínica com o Prof. Olivier Rascol no Centro de Investigação Clínica de Toulouse, em França. As suas principais áreas de interesse são a doença de Parkinson, as doenças do movimento, as distonias musculares, a toxina botulínica (Botox) e a doença de Huntington. Atualmente, é o Diretor Clínico do Campus Neurológico Sénior (CNS), Professor de Neurologia e Farmacologia Clínica na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, o Diretor do Laboratório de Farmacologia Clínica e Terapêutica da FMUL, o Responsável pela Unidade de Farmacologia Clínica do Instituto de Medicina Molecular (IMM) e ainda o Presidente da Secção Europeia da International Parkinson and Movement Disorder Society (MDS-ES).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Deste modo, a conceção e concretização desta unidade de saúde privada³⁴ foi o resultado da união das valências profissionais dos dois irmãos, por um lado, os conhecimentos do ponto de vista da medicina, que viriam a ser essenciais para o sucesso do funcionamento da instituição e, por outro, a experiência no âmbito da engenharia civil, que serviria de base à conceção da estrutura do edifício e sua respetiva construção⁵⁶.

A inauguração oficial do CNS foi realizada no dia 27 de janeiro de 2014 e contou com a presença dos representantes de diversas entidades locais, regionais e nacionais: do Dr. Fernando Leal da Costa, antigo Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde; do Dr. Carlos Miguel, antigo Presidente da Câmara Municipal de Torres Vedras; da Dra. Clara Carneiro, Consultora para os Assuntos da Política de Saúde da Casa Civil do Presidente da República; e do Dr. Álvaro de Carvalho, representante da Direção Geral de Saúde. O evento inaugural do CNS recebeu ainda Sua Eminência D. Manuel Clemente, Patriarca de Lisboa, que procedeu à Bênção da unidade de saúde.

³ Para a aprovação do edifício do CNS, os seus responsáveis necessitaram de ocupar-se dos trâmites legais que o projeto requeria até à aquisição da licença de utilização. Por um lado, as aprovações gerais dependiam do parecer da Entidade Reguladora de Saúde, da Segurança Social, da Câmara Municipal e do Serviço Nacional de Bombeiros. Por outro lado, as aprovações específicas concerniam os projetos de: eletricidade (CERTIEL); telecomunicações; gás; águas e esgotos (Serviços Municipalizados de Água e Saneamento de Torres Vedras – SMAS); isolamento térmico com certificação e isolamento acústico.

⁴ O edifício do CNS foi ainda concebido tendo por base uma grande preocupação com a eficiência energética, tendo sido avaliado com a classificação classe A.

⁵ A construção do edifício foi um projeto de arquitetura desenvolvido pelo Gabinete José Freire & Luísa Cunha – Arquitetos Lda. em conjunto com o promotor Engitorres – Sociedade de Construções, S.A.

⁶ O CNS recebeu o Prémio SIL do Imobiliário 2014, na categoria de “Melhor Empreendimento Imobiliário de Comércio, Serviços e Logística” e, em conjunto com o Arquiteto José Manuel Freire, foi galardoado com o Prémio Margres de Arquitetura 2015.

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 6 – Inauguração oficial do CNS, com a participação dos antigos Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Dr. Fernando Leal da Costa, e Presidente da Câmara Municipal de Torres Vedras, o Dr. Carlos Miguel.

Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).



Figura 7 – Logótipo do CNS
(representação do cérebro humano,
com os seus dois hemisférios e as suas respetivas ramificações).

Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

O CNS é projetado, com a finalidade de disponibilizar aos utentes, familiares e cuidadores informais uma abordagem multidisciplinar e especializada nos mais variados problemas de saúde, nomeadamente no domínio das doenças neurológicas, tais como a doença de Alzheimer e a doença de Parkinson, e de outras doenças do movimento.

A missão do CNS é melhorar a qualidade de vida e a autonomia dos seus utentes, acompanhando regularmente a sua condição de saúde, através da prestação de cuidados de saúde especializados, “[...] numa perspetiva integrada, multidisciplinar, com profissionais de saúde de competência reconhecida e em colaboração com os familiares e cuidadores” (CNS – Campus Neurológico Sénior, 2013).

Os princípios da instituição são: a humanização dos cuidados prestados; a qualidade dos cuidados de saúde; a valorização da autonomia dos doentes, da dignidade humana e da diversidade cultural; a colaboração com os familiares, os cuidadores e outros profissionais de saúde; a complementaridade dos serviços prestados para benefício dos utentes e seus familiares; por fim, a valorização da formação e da investigação clínica.

Em suma, o CNS:

[...] tem por objetivo posicionar-se como espaço único na área da saúde em Portugal e na Europa, oferecendo um conjunto de serviços integrados, no domínio dos cuidados médicos, acompanhamento e reabilitação de doentes com doenças do movimento e outras doenças neurológicas degenerativas.

(CNS – Campus Neurológico Sénior, 2013)

1.2. Localização e Disposição do Edifício do CNS

Em termos de acessibilidade, a localização do CNS foi estrategicamente planeada, tendo em conta o seu posicionamento privilegiado na região centro de

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Portugal Continental, o que facilita o acesso dos utentes da região norte e sul. Para além disso, o CNS situa-se a cerca de trinta minutos do aeroporto de Lisboa⁷.



Figura 8 – Posicionamento estratégico do CNS na cidade de Torres Vedras (mapa sem escala).
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

O CNS situa-se no Bairro de Santo António, num ponto elevado da cidade de Torres Vedras, que mantém esta unidade de saúde mais resguardada da confusão, assim como da poluição sonora e ambiental, mais intensas no centro da cidade. Para além disso, apresenta uma vista privilegiada sobre a mesma, que deslumbra os seus utentes e visitantes. A segurança da cidade reforça também o grau de confiança dos visitantes.

⁷ O CNS inaugurou uma nova unidade de saúde no dia 5 de julho de 2016, em Lisboa, onde presta serviços em regime de ambulatório, dispondo de uma Clínica Médica e de uma Unidade de Neuroreabilitação. Deste modo, o CNS consegue facilitar a acessibilidade aos seus serviços aos utentes que residem na capital.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

E, por sua vez, o clima ameno durante o ano, mesmo durante as estações frias, revela-se igualmente apelativo para os turistas.

O CNS ocupa uma área de aproximadamente 17 000 m², com um jardim circundante, e é constituído por dois edifícios interligados, que conjugam quatro unidades complementares de atuação: a Clínica Médica, a Unidade de Neuroreabilitação, a Unidade Residencial (situados no edifício principal) e a Residência Sénior (que tem lugar no segundo edifício).



Figura 9 – Fachada do Edifício do CNS.
Fonte: Fotografia de Joana Sousa.

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 10, 11, 12 e 13 – Traseiras do Edifício Principal do CNS
(Clínica Médica, Unidade de Reabilitação e Unidade Residencial).
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 14 – Vista sobre a cidade de Torres Vedras
(a partir das traseiras do Edifício Principal do CNS).
Fonte: Fotografia de Joana Sousa.



Figura 15 – Residência Sénior
(vista a partir das traseiras do Edifício Principal do CNS).
Fonte: Fotografia de Joana Sousa.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 16 – Residência Sénior do CNS.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).



Figura 17 – Jardim do CNS
(vista a partir das traseiras do Edifício Principal do CNS).
Fonte: Fotografia de Joana Sousa.

1.3. Serviços em Regime de Ambulatório

A Clínica Médica e a Unidade de Neuroreabilitação situam-se no edifício principal do CNS e dedicam-se à prestação de serviços em regime de ambulatório.

1.3.1. Clínica Médica

As instalações da Clínica Médica foram criadas, tendo como prioridade: o conforto, os equipamentos e a tecnologia de qualidade superior, assim como a prestação de cuidados de saúde adequados e eficazes, sempre com o objetivo de atender às necessidades da população a que se destina.



Figura 18 – Recepção da Clínica Médica.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 19 e 20 – Salas de Espera da Clínica Médica.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 21 e 22 – Instalações sanitárias acessíveis da Clínica Médica.
Fonte: Fotografias de Joana Sousa.



Figuras 23 e 24 – Instalações sanitárias comuns da Clínica Médica.
Fonte: Fotografias de Joana Sousa.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 25 – Exemplo de Consultório da Clínica Médica.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

Relativamente aos serviços prestados, a Clínica Médica disponibiliza consultas médicas específicas no âmbito das doenças neurológicas e ainda de outras especialidades: Neurologia (diagnóstico inicial de utentes com queixas sugestivas de doenças neurológicas); Doença de Parkinson e outras Doenças do Movimento; Doença de Alzheimer e outras Demências; Memória; Tremor; Sono; Síndrome das Pernas Inquietas; Doenças Neuromusculares; Ataxias e Neurogenética; Esclerose Múltipla; Doença de Huntington; Neurocirurgia; Cirurgia da Doença de Parkinson; Epilepsia; Psiquiatria; Psicologia Clínica; Neuropsicologia (avaliação neuropsicológica e estimulação cognitiva); Prevenção de Doenças Cardiovasculares; Dermatologia; Urologia; Sexologia; Nutrição; Alteração da Fala e Deglutição; Enfermagem; Aconselhamento e Apoio ao Cuidador; Distonias; Neuroreabilitação (planeamento de programas de reabilitação e/ou exercícios físicos a realizar no CNS e/ou no domicílio). Mais recentemente, foram disponibilizadas novas consultas: Dor (diagnóstico e tratamento de casos clínicos de dor aguda ou crónica, independentemente da sua

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

causa); Alterações da Marcha; Vertigem e Acufenos (zumbidos); Cefaleias (dores de cabeça); Acidentes Vasculares Cerebrais (AVCs); Medicina Interna; Exercício Clínico (realização de um programa terapêutico de exercício, adequado à condição de saúde e às necessidades do utente em questão); Apoio Jurídico (na perspetiva do doente e do seu cuidador, nomeadamente em processos de interdição e inabilitação); Neurologia no dia (disponível de 2.ª a 6.ª feira, das 15h00 às 19h00, e aos sábados, das 10h00 às 13h00; diagnóstico inicial da condição de saúde do utente, que pode implicar o reencaminhamento para futuras consultas de diversas especialidades).

Até ao dia 11 de janeiro, tinham sido realizadas 5924 consultas no CNS.

No que respeita ao corpo clínico do CNS, a Clínica Médica disponibiliza os serviços de acompanhamento de diversos profissionais de saúde, incluindo: Médicos, Psicólogos, Terapeutas, Nutricionistas e Enfermeiros. Os Médicos são: o Prof. Doutor Joaquim Ferreira (Neurologista), o Prof. Doutor Miguel Coelho (Neurologista), a Prof. Doutora Isabel Pavão Martins (Neurologista), a Dra. Leonor Correia-Guedes (Neurologista), a Dra. Maria Begoña Cattoni (Neurocirurgiã), a Dra. Inês Chendo (Psiquiatra), a Dra. Patrícia Pita Lobo (Neurologista), a Dra. Anabela Valadas (Neurologista), a Dra. Rita Peralta (Neurologista), a Dra. Teresa Pinho e Melo (Neurologista), o Dr. Daniel Caldeira (Interno de Cardiologia), a Dra. Ana Paula Sousa (Neurologista), o Dr. Luís Abranches Monteiro (Urologista), a Dra. Leonor Lopes (Interna de Dermatologia), a Dra. Djalma Sousa (Medicina Interna), a Dra. Marisa Brum (Neurologista), a Dra. Teresa da Neta (Anestesiologista), a Dra. Ana Sá (Medicina Interna), o Dr. João Vide (Ortopedista), a Dra. Joana Morgado (Neurologista), a Dra. Rita Moiron Simões (Neurologista), o Dr. João Lourenço (Neurologista), a Dra. Ana Castro Caldas (Neurologista) e o Dr. Tiago Eça (Otorrinolaringologista). Os Psicólogos são: a Dra. Vanda Freitas Castro (Neuropsicóloga Coordenadora), a Dra. Inês Sousa (Neuropsicóloga), a Dra. Filomena Sousa (Psicóloga), o Dr. Nuno Marques (Psicólogo), a Dra. Erica Marcelino (Psicóloga) e a Dra. Rafaela Rosa (Psicóloga). Os Terapeutas são: a Daniela Guerreiro (Fisioterapeuta Coordenadora em Torres Vedras), a Rita Cardoso (Terapeuta da Fala Coordenadora em Torres Vedras), a Verónica Caniça

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

(Fisioterapeuta), o Pedro Nunes (Fisioterapeuta), o Francisco Queimado (Fisioterapeuta), a Alice Pinho (Fisioterapeuta), a Raquel Nunes (Fisioterapeuta), a Alexandra Saúde (Fisioterapeuta), o João Belo (Fisioterapeuta), a Diana Peralta (Fisioterapeuta), a Joana Carvalho (Terapeuta da Fala), a Helena Santos (Terapeuta da Fala), a Ana Cláudia Fernandes (Terapeuta da Fala), o Tiago Soares (Fisioterapeuta), a Mariana Leitão (Fisioterapeuta), a Josefa Domingos (Fisioterapeuta Coordenadora em Lisboa) e a Rita Loureiro (Terapeuta da Fala Coordenadora em Lisboa). Na área de Nutrição está a Diana Miranda (Dietista). Os Enfermeiros são: o Tiago Pama Reis (Enfermeiro Coordenador), a Élia Decoroso, a Márcia Duarte, a Marli Lopo Vitorino, a Marta Pires, o Pedro Resende, a Silvana Costa, o Ricardo Neves, a Maria Manuel Maniés, a Ana Cristina Monteiro, a Matilde Mesquita, o Ricardo Gonçalinho, a Eduarda Cabral, a Valentina Orghian e a Margarida Lourenço.

1.3.2. Unidade de Neuroreabilitação

A Unidade de Neuroreabilitação encarrega-se dos tratamentos e dos programas de reabilitação estipulados no âmbito da consulta médica.

O foco deste setor do CNS incide no desenvolvimento de programas intensivos e específicos, que procuram fazer face aos principais problemas resultantes do diagnóstico de uma doença neurológica, sobretudo quando se tratam de doenças que afetam os movimentos.

Os efeitos das doenças neurológicas no paciente refletem-se particularmente na sua mobilidade, comprometendo a marcha, o equilíbrio, as transferências e a sua capacidade física geral, afetando ainda a fala e a deglutição.

Deste modo, as áreas de atuação da Unidade de Neuroreabilitação centram-se no desenvolvimento de programas que envolvem a prática de quatro atividades específicas, planeadas de acordo com a sua pertinência considerando o utente em questão: os tratamentos com a toxina botulínica (Botox), em casos de distonias

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

musculares ou de ocorrência de espasticidade; a Hidroterapia; a Fisioterapia; e a Terapia da Fala, que procura reabilitar as capacidades de comunicação e deglutição.

Estas atividades são realizadas nas instalações criadas para este fim, que concernem o ginásio, a piscina, o jardim e as salas de tratamento. Quando necessário, os profissionais de saúde podem deslocar-se até ao domicílio dos pacientes para que os mesmos possam realizar os seus programas de reabilitação.



Relatório de Estágio

O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 26, 27, 28, 29 e 30 – Exemplos de atividades realizadas no ginásio da Unidade de Neuroreabilitação.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).



Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 31, 32 e 33 – Exemplos de atividades realizadas na piscina da Unidade de Neuroreabilitação.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:

O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40 e 41 – Exemplos de atividades realizadas no jardim do CNS.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

1.4. Serviços em Regime de Internamento

A Unidade Residencial e a Residência Sênior foram concebidas tendo como referência as infraestruturas e os serviços de uma unidade hoteleira de qualidade superior. Deste modo, dedicam-se à prestação de serviços em regime de internamento, privilegiando o conforto, a segurança, a privacidade e a acessibilidade dos seus utentes.

1.4.1. Unidade Residencial

A Unidade Residencial foi criada para utentes com menos autonomia e, por isso, com uma maior necessidade de acompanhamento diário. Situa-se no edifício principal do CNS e dispõe de vinte quartos individuais (com aproximadamente 24 m²; varanda com cerca de 5 m²) e 11 quartos duplos (com aproximadamente 38 m²; varanda com cerca de 8 m²) devidamente equipados com: ar condicionado, mini frigorífico, cofre pessoal, televisão com 25 canais, telefone com possibilidade de chamada de emergência 24h, acesso gratuito à internet, sistemas de alerta automáticos (incêndio, gás e eletricidade), serviço de vigilância (quando necessário) e casas de banho concebidas para pessoas com mobilidade reduzida.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Para além disso, a Unidade Residencial disponibiliza ainda aos seus utentes: serviços médicos e de enfermagem especializados; programas de reabilitação em função do diagnóstico e das necessidades do utente; cinco refeições diárias típicas de um serviço hoteleiro completo, com possibilidade de *room service*; cuidados assistidos de higiene e imagem pessoal; serviços de lavandaria; serviços de cabeleireiro; acesso à sala de estar, ao ginásio, à piscina, ao restaurante, à capela e ao jardim; programas de animação sociocultural.



Figura 42 – Receção da Unidade Residencial.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 43 – Exemplo das instalações de um quarto individual da Unidade Residencial.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).



Relatório de Estágio

O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio

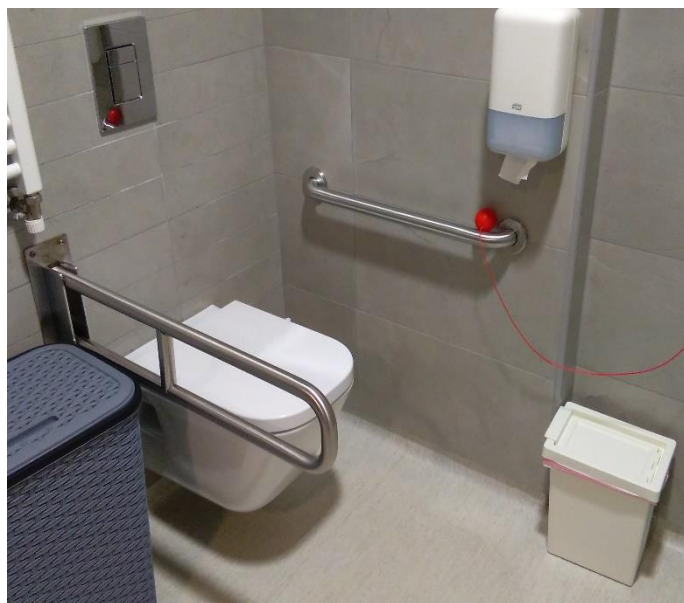


Figuras 44, 45 e 46 – Exemplo das instalações de um quarto duplo da Unidade Residencial.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 47, 48, 49 e 50 – Exemplo das instalações sanitárias acessíveis dos quartos da Unidade Residencial.
Fonte: Fotografias de Joana Sousa.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 51 e 52 – Sala de estar situada no 1.º piso, junto aos quartos da Unidade Residencial.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 53 e 54 – Sala de estar situada no rés-do-chão, junto ao restaurante.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 55 e 56 – Restaurante do CNS.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 57 – Capela do CNS.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

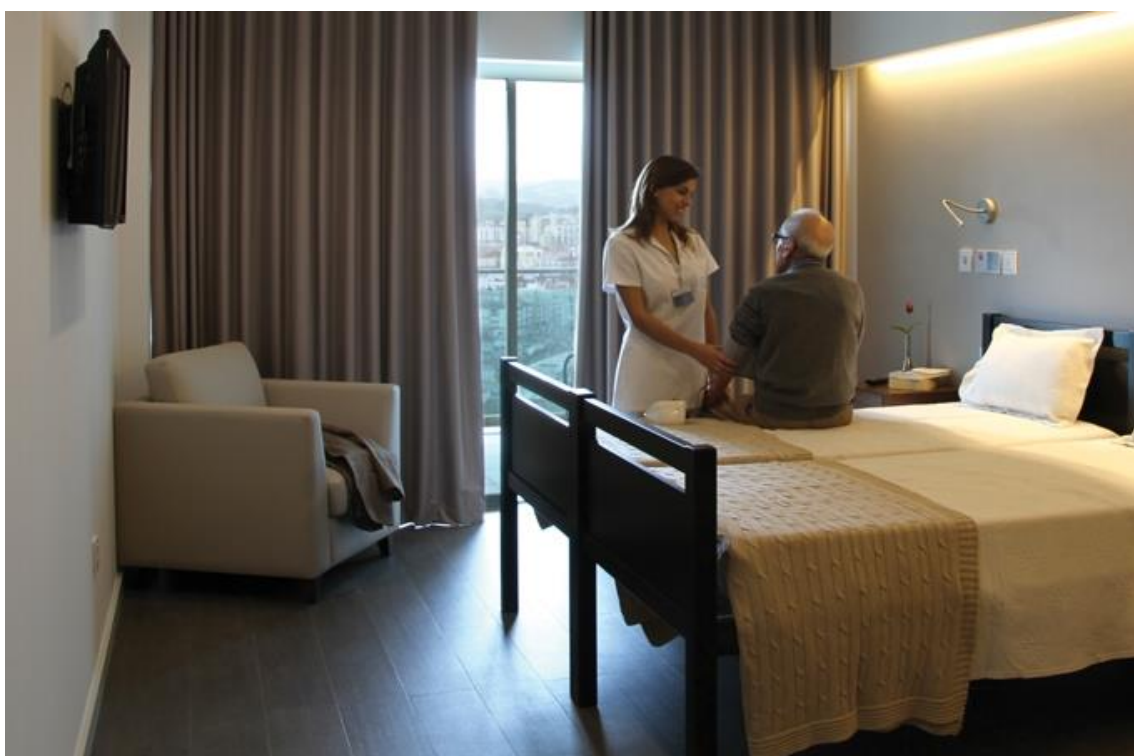
1.4.2. Residência Sênior

A Residência Sênior foi criada para utentes com uma maior autonomia e, por isso, somente necessitam de auxílio ocasional. Situa-se num segundo edifício, ligado ao edifício principal de forma a permitir o rápido acesso dos profissionais de saúde em caso de necessidade, e dispõe de 11 apartamentos T1 e 7 apartamentos T0. As residências T1 (com aproximadamente 65 m²; varanda com cerca de 21 m²) incluem: um quarto, uma sala, uma *kitchenette* totalmente equipada, duas casas de banho e uma varanda. As residências T0 (com aproximadamente 42 m²; varanda com cerca de 12 m²) incluem: um espaço amplo que engloba quarto e sala, uma *kitchenette* totalmente equipada, uma casa de banho e uma varanda.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 58 – Corredor que faz a ligação entre o Edifício Principal e a Residência Sênior.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).



Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 59 e 60 – Exemplo das instalações de um apartamento T1 da Residência Sênior.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).



Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 61 e 62 – Exemplo das instalações de um apartamento T0 da Residência Sênior.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).



Figura 63 – Exemplo de *kitchenette* dos apartamentos T1 e T0 da Residência Sênior.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2013).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

As instalações sanitárias da Residência Sênior apresentam a mesma configuração das da Unidade Residencial.

Para além disso, os utentes da Residência Sênior têm igualmente acesso a todos os serviços disponibilizados aos utentes da Unidade Residencial.

1.4.3. Animação Sociocultural

Para além de todos os serviços já mencionados, o CNS preocupa-se ainda em fomentar a interação sociocultural dos seus utentes, que juntamente com os cuidados e tratamentos de saúde possibilitará a manutenção de um envelhecimento ativo e o mais saudável possível.

Assim sendo, para além de um acompanhamento médico personalizado, o CNS desenvolve ainda um conjunto de atividades ocupacionais terapêuticas adaptadas aos seus usufruidores, que permitem: por um lado, manter o utente ocupado, procurando estimular o seu interesse pelo ambiente envolvente; por outro lado, complementar a intervenção terapêutica, com o objetivo de atuar ao nível da estimulação cognitiva e, deste modo, contribuir para a manutenção/melhoria da mobilidade/autonomia do doente, assim como das suas capacidades de reação, raciocínio, concentração, e expressão oral e escrita.

A conceção, planeamento e concretização destas atividades fica ao encargo da Animadora Sociocultural do CNS, a Ana Cláudia, formada profissionalmente na área de Animação Sociocultural.

As atividades de animação sociocultural são planeadas semanalmente tendo como base as condições de saúde dos utentes e, consequentemente, as suas limitações e necessidades, assim como os seus gostos e as suas preferências.

Geralmente, estas atividades são rotativas de semana para semana, sendo que algumas têm dias específicos para a sua realização. Deste modo, alguns exemplos de atividades realizadas no CNS são: desafios cognitivos (ex.: identificar diferenças entre

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

duas imagens, reconhecer figuras públicas através de imagens pouco nítidas, identificar títulos de filmes através de imagens representativas dos mesmos, construir *puzzles*, entre outros); jogos de palavras (ex.: *Scrabble*, jogo do stop, jogo da forca, sopa de letras, mencionar palavras por categoria, ordenar as letras trocadas de várias palavras, entre outros); jogos de mesa (ex.: Bingo, Dominó, Quatro em Linha, Uno, Mikado, Cartas, Xadrez, Damas, Tangram, entre outros); clube da leitura (ex.: leitura de pequenos poemas escritos pelos seniores, contos populares, contos de Miguel Torga, entre outros); conversas temáticas (de partilha de experiências e opiniões, sobre culinária, lugares e histórias, por exemplo; leitura de artigos sobre o envelhecimento e respetivos comentários; entre outros); escrita criativa (ex.: completar provérbios/charadas, ouvir um conto e inventar um novo final para a história, “palavra puxa palavra”, redação de um poema, entre outros); musicoterapia (ex.: atividades de identificação do músico e do título das músicas ouvidas, nomeadamente no âmbito do fado; karaoke; coro de música popular portuguesa, com acompanhamento de guitarra); cinemoterapia (ex.: visionamento de filmes, privilegiando o cinema português e o cinema mudo, todos os sábados, às 16:30); atelier de culinária (ex.: doces típicos alusivos a dias festivos); expressão plástica (ex.: pinturas com aguarela; realização de um marcador de livros; elaboração de pregadeiras; confeção de uma bola antistress; elaboração de um cravo vermelho de papel, como forma de celebração do 25 de abril; pintura de ovos da Páscoa e elaboração de um bouquet de amêndoas; entre outras atividades); expressão dramática (sobretudo com recurso a exercícios que fomentem a expressão facial e a linguagem corporal; ex.: Mímica, exercícios de relaxamento e vocalizações); aulas de grupo com fisioterapeutas (ex: exercícios multitarefa com bola; entre outros); yoga do riso; atividades religiosas (Missa, todas as quintas-feiras, às 16:30; terço, transmitido em direto da Capelinha das Aparições de Fátima, todos os dias, às 18:30); e atividades ao ar livre (jardinagem, passeios e jogos diversos; ex.: petanca, lançamento de dardos; entre outros); Festas Temáticas (ex: almoços e jantares alusivos a dias festivos, com a presença e participação dos familiares dos utentes).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Dependendo das condições climáticas, os utentes têm ainda a possibilidade de experienciar algumas atividades no exterior do CNS (de um modo geral, pelo menos uma mensalmente), nos arredores de Torres Vedras, tais como: exposições; conferências; idas ao teatro; visitas a museus; idas à praia; entre outras.

Para além disso, estas atividades são ainda concebidas tendo em consideração dias festivos e a época/estação do ano.

O CNS valoriza muito a vivência e o convívio familiar e, como tal, os familiares e amigos dos utentes institucionalizados também podem participar nas atividades de animação sociocultural.

Os utentes são ainda livres de realizarem as suas atividades individuais, que vão de encontro aos seus gostos e interesses, tais como: ler (ex.: jornais, livros...), fazer *tricot/crochet*/renda; rezar; dedicar-se à prática de diversos jogos de mesa; entre outras.



Figura 64 – Utente a ler.

Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 65 – Utentes a jogar xadrez.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2013).



Figura 66 – Atuação do Coro da Associação de Reformados de Torres Vedras no CNS.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 67 – Atuação da Tuna da Universidade Sénior de Torres Vedras no CNS.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

1.4.4. Perfil dos Clientes do CNS

Até ao dia 11 de janeiro de 2017, o CNS já tinha recebido 810 utentes em regime de internamento⁸.

Tendo como base as informações facultadas pela unidade de saúde, as características dos utentes⁹ que usufruem dos serviços em regime de internamento

⁸ O perfil do cliente do CNS é baseado somente nas características dos utentes em regime de internamento, visto que são os únicos clientes que usufruem da totalidade dos serviços disponibilizados pela unidade de saúde: alojamento, cuidados de saúde, programas de reabilitação, formação e atividades socioculturais.

⁹ O CNS já recebeu figuras conhecidas nacional e internacionalmente pela sua luta contra a doença de Parkinson, designadamente Duarte Cancellaria de Abreu, Tom Isaacs, John Stamford e Sara Riggare.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

podem ser apresentadas estatisticamente, atendendo a três variáveis¹⁰: género, idade, proveniência e motivo do internamento.

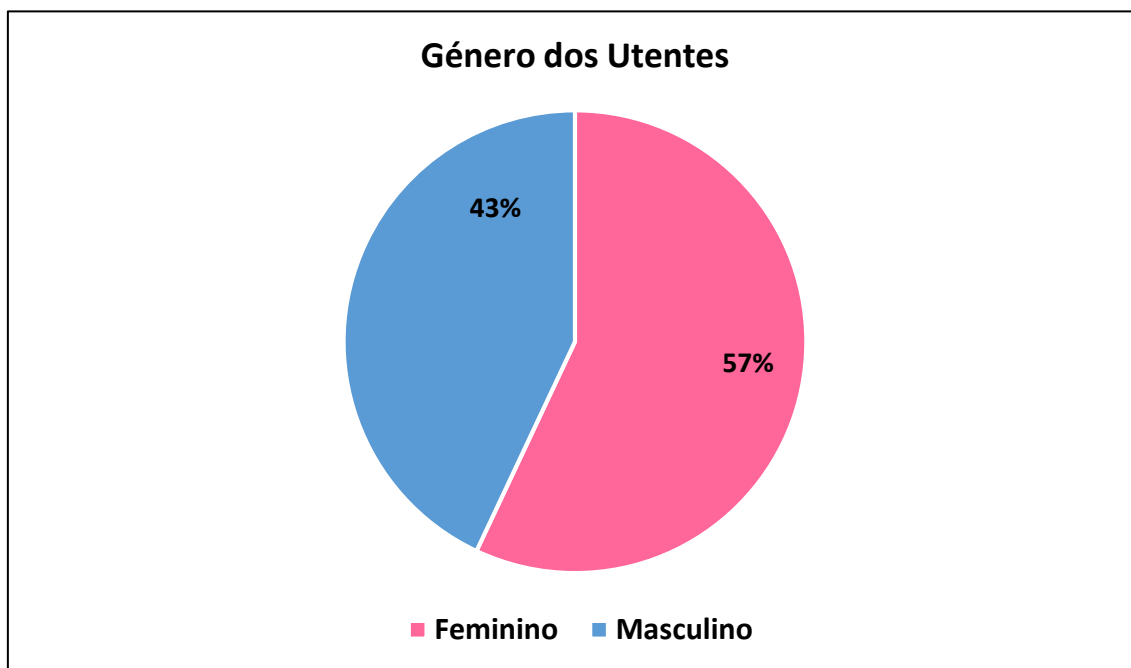


Gráfico 6 – Género dos utentes em regime de internamento no CNS.
Fonte: Realizado por Joana Sousa.

Analisando o gráfico 6, constata-se que dos 810 utentes internados na unidade de saúde, a maioria é do género feminino, perfazendo 57% da população total, pelo que os restantes 43% concernem os utentes do género masculino.

¹⁰ As habilitações académicas e a profissão não foram consideradas, atendendo à falta de dados nas fichas clínicas dos utentes no âmbito dessas variáveis.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

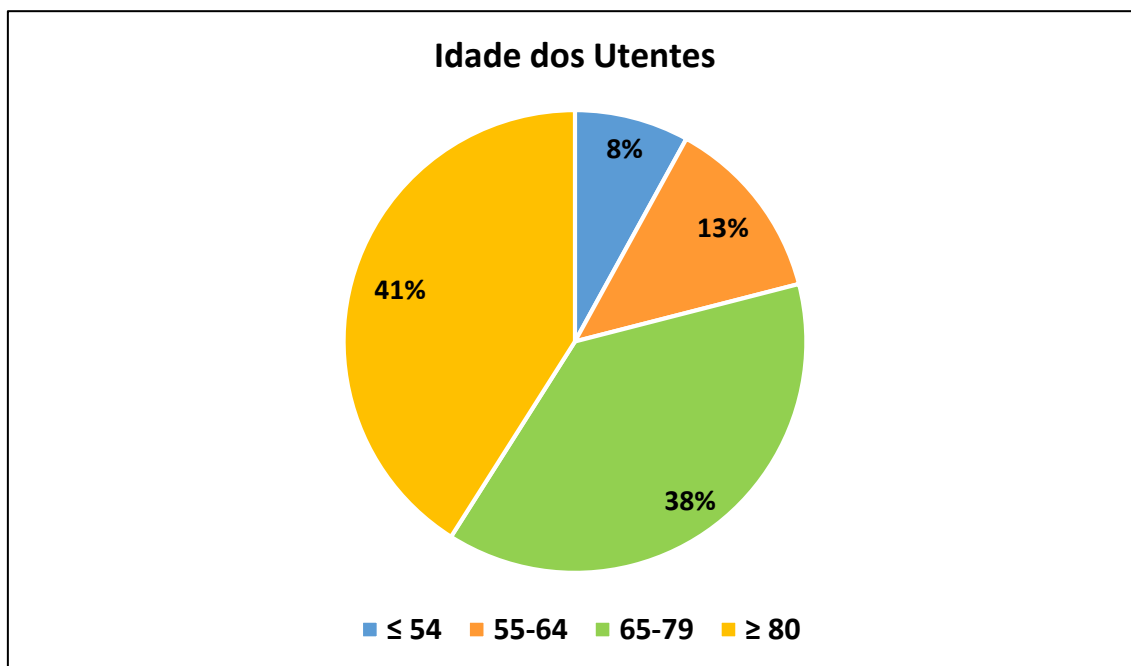


Gráfico 7 – Idade dos utentes em regime de internamento no CNS.
Fonte: Realizado por Joana Sousa.

Observando o gráfico 7, verifica-se que: a grande maioria dos utentes do CNS, cerca de 41%, tem uma idade igual ou superior a 80 anos; seguem-se os utentes com uma idade delimitada entre os 65 e os 79 anos, aproximadamente 38%; os utentes com uma idade compreendida entre os 55 e os 64 anos perfazem somente 13%; por fim, a unidade de saúde tem uma minoria de utentes com idade inferior ou igual a 54 anos, apenas 8%.

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio

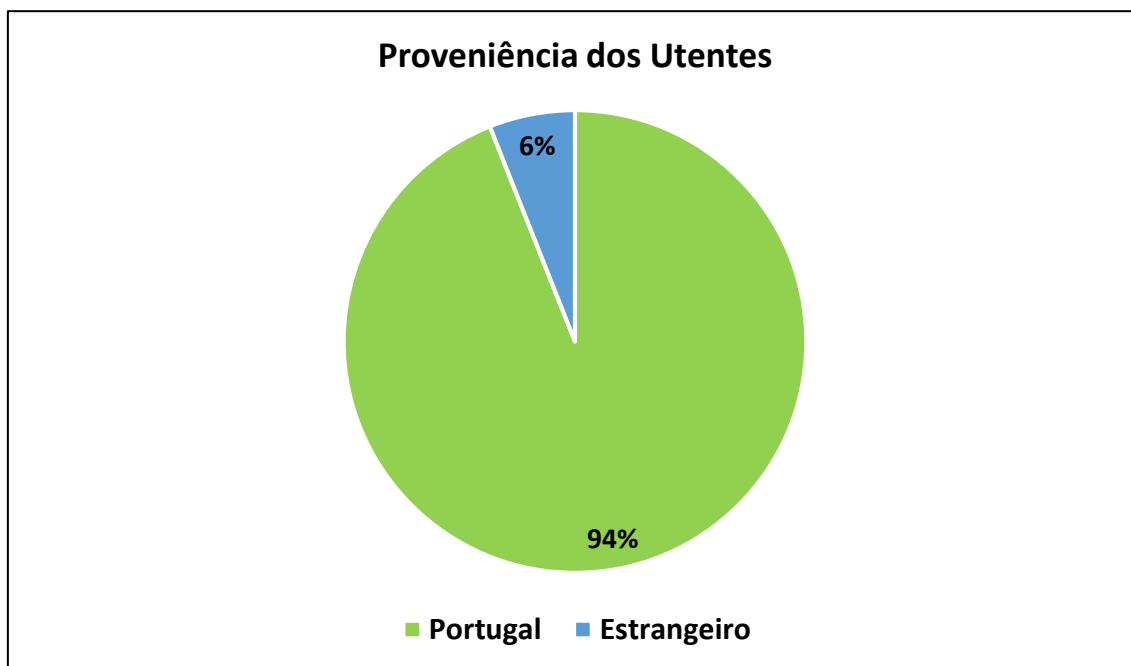


Gráfico 8 – Proveniência dos utentes em regime de internamento no CNS.

Fonte: Realizado por Joana Sousa.

Examinando o gráfico 8, constata-se que a grande maioria dos utentes que recorre aos serviços de internamento do CNS, cerca de 94%, é de nacionalidade portuguesa, pelo que os utentes estrangeiros¹¹ representam uma minoria de apenas 6%.

¹¹ Até ao momento presente, o CNS já recebeu utentes oriundos de diferentes países: Alemanha, Angola, Brasil, Cabo Verde, Canadá, Emirados Árabes Unidos (Dubai), Espanha, Estados Unidos, França, Holanda, Hungria, Índia, Inglaterra, Irlanda, Itália, Luxemburgo, Moçambique, Noruega, Rússia, Suécia e Suíça.

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio

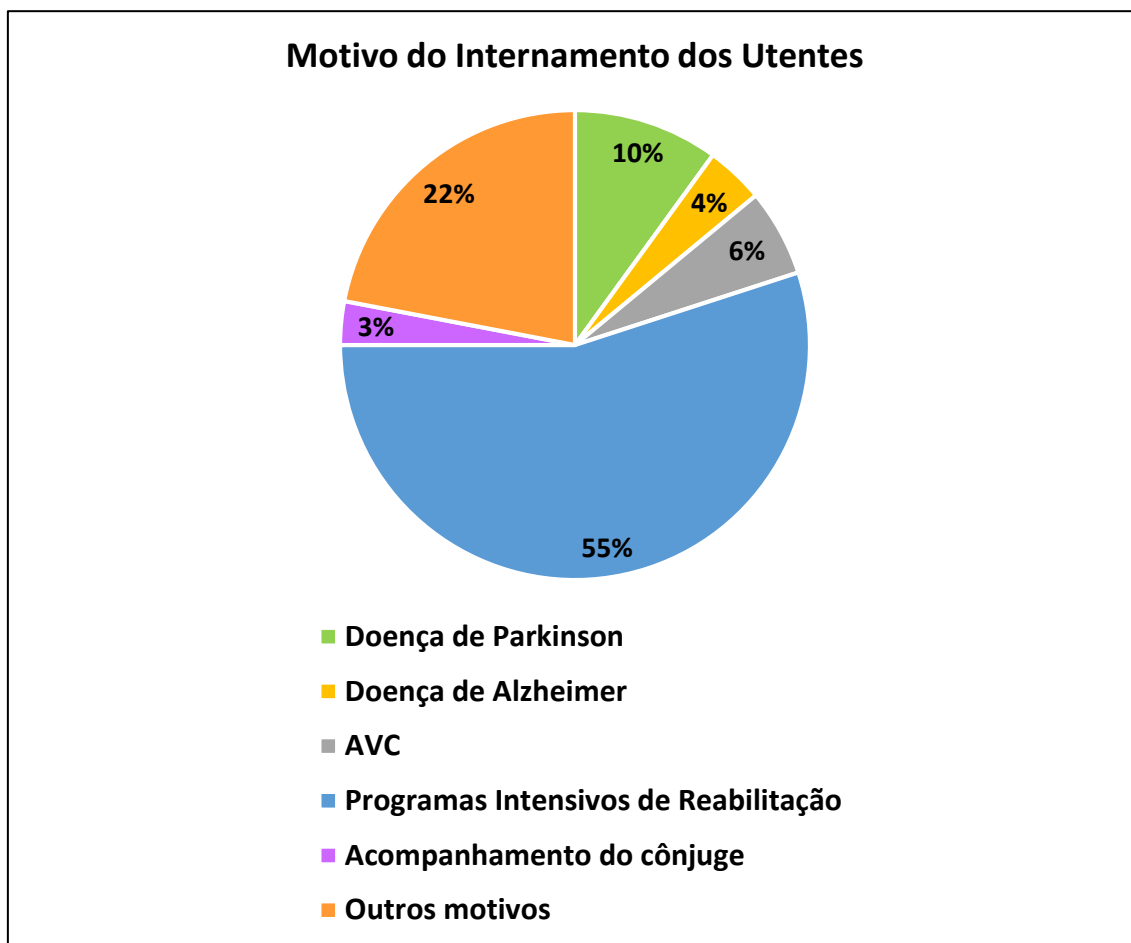


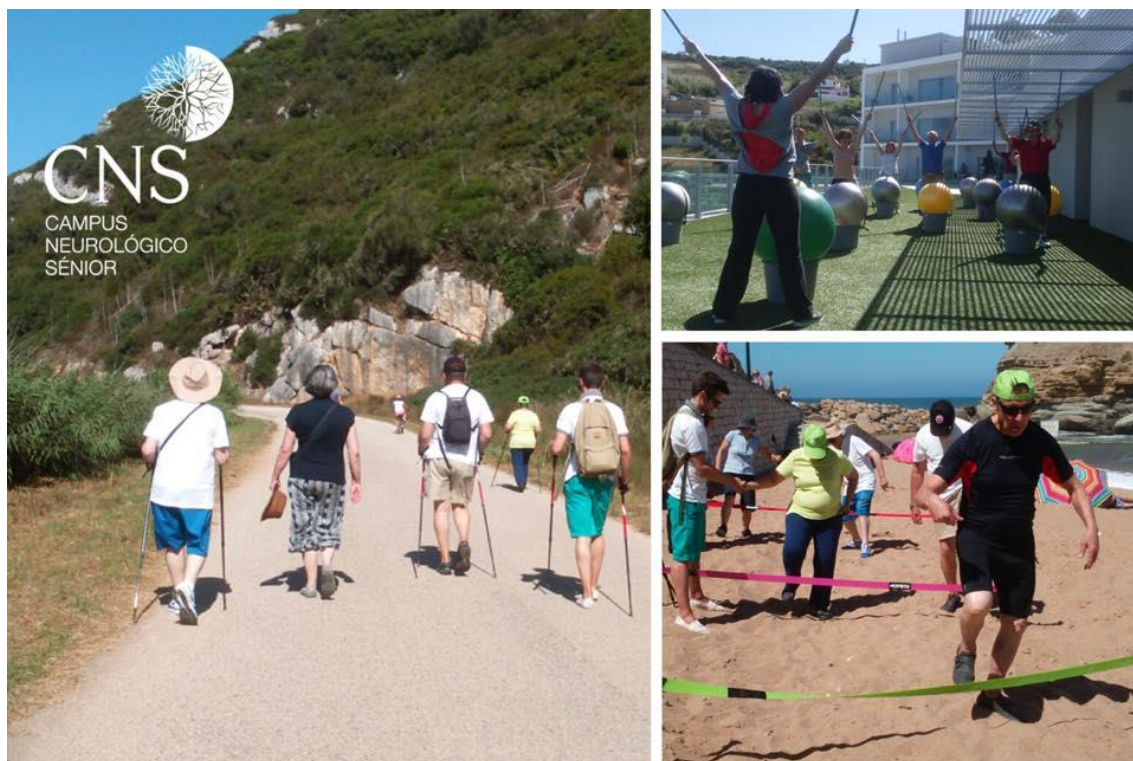
Gráfico 9 – Motivo do internamento dos utentes em regime de internamento no CNS.
Fonte: Realizado por Joana Sousa.

Atentando no gráfico 9, verifica-se que: o principal motivo de internamento no CNS, com 55% de recorrência, é a realização de um programa intensivo de reabilitação; outros motivos (ex.: outras patologias, períodos de convalescença, ajustes de medicação, investigação clínica, descanso do cuidador e residência permanente) perfazem 22%; casos avançados de doença de Parkinson representam 10% das ocorrências; situações de AVC em 6% dos casos; 4% em casos avançados de doença de Alzheimer; finalmente, 3% remete para situações de acompanhamento do cônjuge.

1.5. Outras Iniciativas – CNS Campus de Outono, Primavera e Verão

Os CNS Campus de Outono (em outubro), Primavera (em março) e Verão (em julho) são outras iniciativas desenvolvidas pelo CNS, especialmente para os Doentes de Parkinson, havendo a possibilidade de trazerem um acompanhante. Consistem em programas intensivos de seis dias (5/6 horas por dia), que incluem sessões de neuroreabilitação, palestras educacionais e convívio social. A língua oficial dos programas pode ser o Português ou o Inglês, dependendo do destinatário, o público nacional ou o estrangeiro.

No total, as atividades incluídas nestes programas são as seguintes: treinos intensivos no CNS (treino de dupla tarefa, Tai Chi, Boxe, Dança e Hidroterapia), sessões educacionais multidisciplinares e ainda atividades no exterior do CNS (caminhada nórdica, exercícios na praia e passeios turísticos na região).



Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74 e 75 – Exemplos de atividades desenvolvidas no âmbito dos CNS Campus no CNS.

Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).



Figuras 76, 77 e 78 – Atividade no exterior do CNS (Passeio turístico ao Castelo de Torres Vedras).

Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Relatório de Estágio

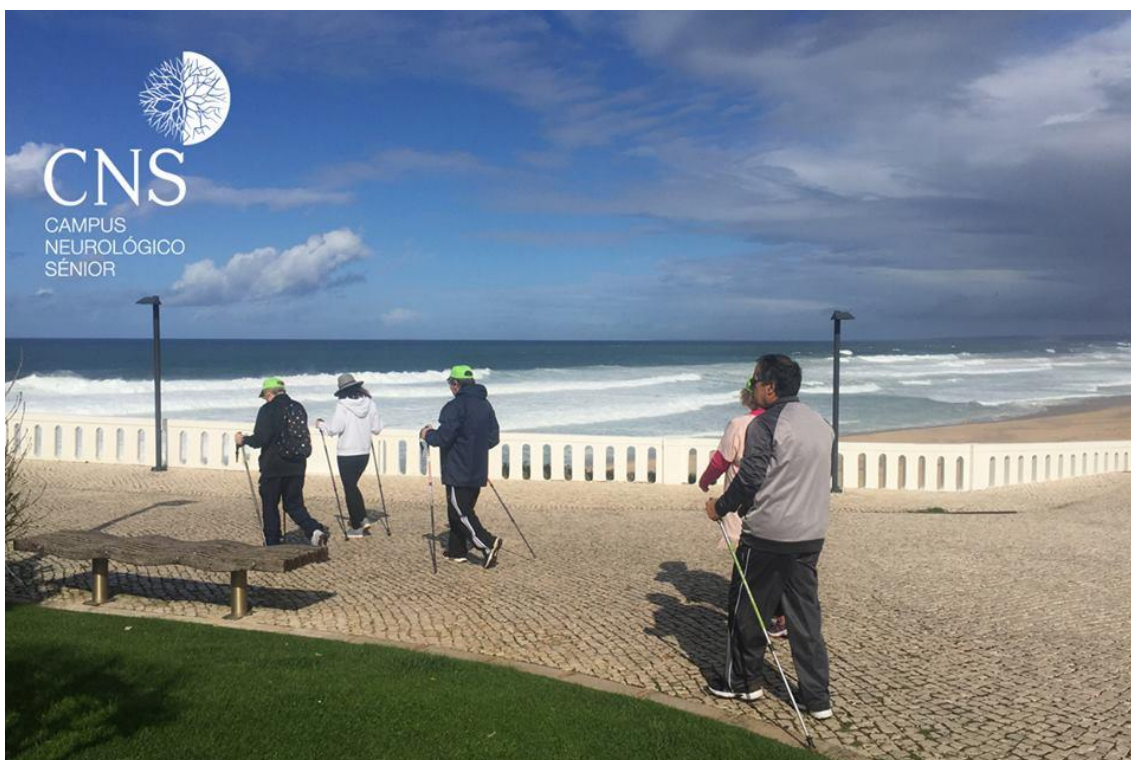
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:

O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 79, 80 e 81 – Atividade no exterior do CNS
(Passeio turístico ao Jardim Buddha Eden, no Bombarral).
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).



Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 82, 83 e 84 – Atividade no exterior do CNS (Praia de Santa Cruz).
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sênior (2014).

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Primeiramente, os participantes são avaliados por fisioterapeutas, terapeutas da fala, nutricionistas e neuropsicólogos.

Para além do exercício clínico, têm lugar ainda diversas sessões educacionais, durante as quais os seus intervenientes podem colocar questões e expor as suas dúvidas, no sentido de melhorarem a sua rotina diária e a sua qualidade de vida.

A componente do convívio surge paralelamente ligada ao programa social resultante da realização de alguns treinos funcionais no exterior do contexto clínico da unidade de saúde, nomeadamente em espaços verdes da cidade e na praia, o que fomenta a socialização entre os vários participantes no programa.

Em suma, “os CNS Campus para Parkinson [...] são uma excelente oportunidade para os participantes com diferentes experiências e de vários pontos do país se reunirem, terem acesso ao melhor conhecimento e prática de exercício disponível atualmente na Doença de Parkinson” (CNS – Campus Neurológico Sénior, 2013).

1.6. Preços dos Serviços do CNS

Consultas	Tratamentos	Programas de Neuroreabilitação
1.ª Consulta: 125,00 €; Seguintes: 85,00 €.	Toxina Botulínica: 110,00 €.	Programa de 1h: 35,00 €; Programa de 2h: 70,00 €; Programa de 3h: 105,00 €; Programa de 4h: 140,00 €; Programa de 5h: 175,00 €.
Exceções: - Consulta de Medicina Interna (1.ª: 110,00 €; seguintes: 85,00 €). - Consulta de Sexologia (1.ª: 75,00 €; seguintes: 60,00 €).		

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

<ul style="list-style-type: none"> - Consulta de Nutrição (1.ª: 70,00 €; seguintes: 40,00 €). - Consulta de Avaliação Neuropsicológica (120,00 €). - Sessão de Treino Cognitivo (50,00 €). - Consulta de Psicologia Clínica (60,00 €). - Consulta de Enfermagem (50,00 €). - Consulta de Aconselhamento e Apoio ao Cuidador (50,00 €). - Consulta Médica ao Domicílio (150,00 €). 		
--	--	--

Tabela 2 – Preços das consultas, dos tratamentos e dos programas de neuroreabilitação.
Fonte: Facultado pelo CNS.

Unidade Residencial	Residência Sénior
Quarto Individual: 135,00 €	Apartamento T0: 2200,00 €
Quarto Duplo: 115,00 €	Apartamento T1: 2500,00 €
C/ Acompanhante autónomo em Quarto Duplo: + 70,00€	C/ Acompanhante autónomo: + 1800,00 €

Tabela 3 – Preços do serviço de alojamento na Unidade Residencial (diário) e na Residência Sénior (mensal).
Fonte: Facultado pelo CNS.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

CNS Campus de Outono, Primavera e/ou Verão	
1 pessoa em quarto individual (c/ programa de reabilitação):	1300,00 €
2 pessoas em quarto duplo ou apartamento T0	
(c/ programa de reabilitação para 1 pessoa):	1900,00 €
2 pessoas em quarto duplo ou apartamento T0	
(c/ programa de reabilitação para 2 pessoas):	2300,00 €

Tabela 4 – Preço total da participação num CNS Campus de Outono, Primavera e/ou Verão.
Fonte: Facultado pelo CNS.

1.7. Formação

1.7.1. Ciclo de Conferências – “Conversas no Campus”

O CNS dedica-se ainda à realização de conferências periódicas, realizadas por profissionais de saúde do CNS e/ou outros convidados, visando a disponibilização de informação sobre as mais variadas temáticas no âmbito da área de atuação da unidade de saúde. Estas conferências são gratuitas, mas requerem uma inscrição prévia, e procuram informar e esclarecer utentes, familiares, cuidadores e/ou profissionais de saúde e de outras áreas adjuvantes.

As conferências, que costumam decorrer no edifício principal do CNS, designam-se por “Conversas no Campus” e as temáticas abordadas até ao momento (da mais recente para a mais antiga) foram as seguintes: “Faz sentido ir ao médico quando começo a ter dificuldades em andar?” – Dra. Marisa Brum (Neurologista) e Dr. João Vide (Ortopedista); “Aconselhamento e apoio jurídico na ‘abordagem terapêutica’ das doenças neurodegenerativas” – Dr. Gonçalo Esteves (Jurista); “Descoberta da cura para a Doença de Alzheimer: qual a verdade das notícias e o que está em investigação” – Dra. Rita Simões; “A voz envelhece?” – Prof. Doutora Isabel Guimarães (Terapeuta da Fala, Professora na Escola Superior de Saúde de Alcoitão e Investigadora na área da voz); “Da ciência à melhoria dos cuidados” – Prof. Doutor Joaquim Ferreira (Neurologista e Diretor Clínico do CNS) e Prof. Francisco Cardoso (Professor de Neurologia no Brasil); “Cuidados

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

de enfermagem na abordagem da Doença de Parkinson” – Enf. Tiago Reis (Enfermeiro Coordenador do CNS, em Torres Vedras); “O papel da fisioterapia e do exercício na Doença de Parkinson” – Terapeuta Daniela Guerreiro (Terapeuta Coordenadora do CNS, em Torres Vedras); “Como pode a atual tecnologia conjuntamente com metodologias biomecânicas ajudar a suportar a avaliação e tratamento das doenças do movimento?” – Prof. Ricardo Matias (Professor de Fisioterapia no Instituto Politécnico de Setúbal); “O que os doentes, familiares e cuidadores devem saber sobre direitos legais na Doença de Parkinson” – Dr.ª Filomena Girão (Associação Portuguesa de Doentes de Parkinson); “Saúde Oral nas Patologias Neurodegenerativas” – Prof. Doutora Catarina Godinho (Ginecologista) e Prof. Doutora Cristina Manso (Medicina Dentária); “As alterações do equilíbrio são inevitáveis com o envelhecimento?” – Dr.ª Conceição Monteiro (Otorrinolaringologista) e Prof. Doutor Joaquim Ferreira (Neurologista e Diretor Clínico do CNS); “É possível envelhecer sem dor?” – Dr.ª Teresa Neta (Anestesiologista); “A Doença de Parkinson é hereditária?” – Dr.ª Leonor Correia Guedes (Neurologista); “Qual o papel da cirurgia e outros tratamentos invasivos no combate da Doença de Parkinson?” – Dr.ª Patrícia Lobo (Neurologista); “A Alimentação na Doença de Parkinson” – Dr.ª Filipa Vicente (Mestre em Patologia Experimental pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra e doutoranda em Alimentação e Nutrição); “São a Incontinência e outras Alterações Urinárias Inevitáveis na População Idosa?” – Dr. Luís Abranches Monteiro (Médico Neurourologista e Presidente da APNUG – Associação Portuguesa de Neurourologia e Uroginecologia); “Suplementos para memória e outros tratamentos «milagrosos»: mito ou realidade?” – Prof. Doutor Joaquim Ferreira (Neurologista e Diretor Clínico do CNS); “O que deve saber sobre dores nas costas e no pescoço” – Dr. João Pedro Melancia (Neurocirurgião especialista em patologia da coluna); “Vertigens e Desequilíbrios” – Dr.ª Sandra Costa (Especialista em Otorrinolaringologia, Cirurgia Cervico-Facial e Otoneurologia); “Mitos e Verdades sobre a Esclerose Múltipla” – Dr.ª Livia Sousa (Chefe de Serviço de Neurologia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e responsável pela área de Esclerose Múltipla) e Dr.ª Ana Paula Sousa (Assistente Hospitalar de Neurologia no Centro Hospitalar do

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Oeste); “Sexualidade nas Doenças Neurológicas” – Dr. Nuno Marques (Psicólogo Clínico e mestre em Sexologia); “Porque desmaiamos?” – Prof. Doutor José Pimentel (Perito em epilepsia e Professor da Faculdade de Medicina de Lisboa); “Porque temos dores de cabeça?” – Prof. Doutora Isabel Pavão Martins (Neurologista, Docente da Faculdade de Medicina de Lisboa e especialista em cefaleias); “É a perda de memória inevitável?” – Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas; “Trombose e Hemorragia Cerebral (AVC): O que todos devemos saber” – Dr.ª Teresa Pinho e Melo (Neurologista especialista em acidentes vasculares cerebrais); “O que toda a gente deve saber sobre o sono” – Dr.ª Rita Peralta (Neurologista e especialista em alterações do sono); “Conversas sobre a Doença de Parkinson para familiares e cuidadores” – Prof. Doutor Joaquim Ferreira (Neurologista e Diretor Clínico do CNS).



Figura 85 – Exemplo de uma das sessões de “Conversas no Campus”.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

1.7.2. “Conversas da Memória”

Para além das “Conversas no Campus”, existem ainda as “Conversas da Memória”, que costumam decorrer no 3.º sábado de cada mês (igualmente gratuitas, mas requerem inscrição prévia), sendo o resultado de uma parceria entre o CNS, a Câmara Municipal de Torres Vedras e a Casa da Avó Gama (café tradicional da cidade, onde costumam ter lugar estas sessões).

As temáticas abordadas até ao momento (da mais recente para a mais antiga) foram as seguintes: “De que forma as alterações do sono influenciam a memória? – Dra. Rita Peralta (Neurologista)”; “O exercício físico faz bem à memória?” – Daniela Guerreiro e Verónica Caniça (Fisioterapeutas); “Os medicamentos para a memória funcionam?” – Prof. Doutor Joaquim Ferreira (Neurologista e Diretor Clínico do CNS); “Eu sei o que é e quem é, mas não me lembro do nome – envelhecimento e comunicação” – Dra. Carolina Maruta (Neuropsicóloga); “A memória – que impacto no dia-a-dia?” – Marta Pires (Enfermeira); “Como exercitar a memória?” – Dra. Andreia Leite (Neuropsicóloga); “Alterações da memória: quando são um sinal de preocupação?” – Dra. Joana Morgado (Neurologista).



Figura 86 – Casa da Avó Gama.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

Relatório de Estágio

O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR

II. Descrição e Análise do Estágio



Figura 87 – Exemplo de uma das sessões que teve lugar na Casa da Avó Gama.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

Em casos de grande afluência de interessados, as sessões de “Conversas da Memória” são realizadas no auditório dos Paços do Concelho.



Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio



Figuras 88 e 89 – Sessão sobre “Os medicamentos para a memória funcionam?”, que decorreu no Auditório dos Paços do Concelho, com o Prof. Doutor Joaquim Ferreira como palestrante.
Fonte: CNS – Campus Neurológico Sénior (2014).

1.7.3. Simpósios e Cursos de Formação

Para além deste género de conferências, o CNS costuma agendar ainda a realização de alguns simpósios e cursos de formação (gratuitos, mas requerendo inscrição prévia), destinados sobretudo a profissionais de saúde e de áreas adjuvantes.

Até ao momento, decorreram dois simpósios no CNS: “A intervenção do serviço social como abordagem terapêutica não farmacológica” (no dia 20 de fevereiro de 2016), destinado particularmente a profissionais de saúde e assistentes sociais, contou com um elevado número de participantes vindos de várias regiões do país, e “Como abordar doentes com patologia do movimento em cuidados de saúde primários” (5 de março de 2016), destinado sobretudo a profissionais de saúde.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Relativamente aos cursos de formação, até ao momento presente, decorreu um primeiro curso de Outono, durante os dias 28, 29 e 30 de outubro de 2016, denominado “Speech Therapy in Parkinson’s Disease and Parkinsonism Autumn School” e destinado a terapeutas da fala e neurologistas dedicados às alterações da fala na doença de Parkinson. Este curso contou com o apoio da MDS-ES e do Laboratoire Parole et Language (do centro de investigação do Centre National de la Recherche Scientifique, conhecido pela sigla CNRS, da Universidade de Aix-Marseille, situada em França) e com a colaboração de palestrantes nacionais e internacionais de referência no estudo e tratamento de alterações da fala no contexto da doença de Parkinson. O próximo curso terá lugar em setembro de 2017, na cidade de Aix-en-Provence, em França.

1.7.4. *Open Days*

De forma a dar a conhecer a unidade de saúde e os seus serviços, o CNS costuma realizar os chamados *Open Days* ou “Dias de Portas Abertas”. Estes dias são, geralmente, dedicados à celebração do aniversário da instituição ou de dias específicos (ex.: Dia Mundial da Doença de Parkinson) e são igualmente sujeitos a inscrição prévia. Os *Open Days* visam a disponibilização de diversas atividades, tais como: a disponibilização de consultas de rastreio gratuitas, assim como a concretização de *workshops* e palestras no âmbito das doenças neurológicas.

1.8. Investigação

Ao longo dos seus três anos de funcionamento, o CNS tem-se dedicado intensivamente à área da investigação no âmbito da Neurologia, com o objetivo de ampliar os seus conhecimentos e se manter atualizado sobre os últimos avanços da medicina neste setor.

Os seus colaboradores já participaram na redação de vários artigos científicos, nomeadamente sobre a doença de Parkinson, tendo contado com treze publicações em revistas internacionais.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Para além disso, estão a decorrer cinco ensaios clínicos (que são o resultado de pesquisas efetuadas através da análise cuidada de seres humanos e que precedem a comercialização de um dado medicamento) no CNS, na área da Neurologia, particularmente sobre as doenças de Parkinson e Alzheimer, a Esclerose Múltipla e as cefaleias.

Por fim, o CNS foi também o responsável pelo desenvolvimento de dois projetos de investigação: “Como Gerir os Riscos numa Unidade Residencial”, que visa a criação de pulseiras sinaléticas aplicadas aos utentes da instituição e a avaliação da sua eficiência em situações de queda, engasgamento ou desidratação, facilitando assim a rápida atuação da equipa de profissionais de saúde na resolução desses casos; “Rehacom – Estimulação Cognitiva”, que consiste na utilização da ferramenta de treino computadorizado Rehacom para a realização de um conjunto de exercícios desenvolvidos com vista ao treino de diversas funções cognitivas (ex.: memória, atenção, funções executivas, entre outras) dos doentes de Alzheimer e Parkinson. A unidade de saúde participou ainda em dois projetos realizados a nível europeu: o “Sense-Park”, que tem como base a criação de um sistema de sensores que permite monitorizar diariamente parâmetros relevantes decorrentes da doença de Parkinson (a marcha, a bradicinesia ou lentidão do movimento, o tremor, o equilíbrio, o sono e a cognição) e as alterações que se vão verificando e afetam os doentes no seu ambiente doméstico; o “FraLusoPark – Alterações na Voz Associadas à Doença de Parkinson”, que resulta de uma parceria internacional com a Universidade de Aix-Marseille, em França, e conta com a livre participação de pessoas (entre os 35 e os 80 anos de idade) com e sem o diagnóstico de doença de Parkinson, com o objetivo de realizar uma avaliação completa da voz dos intervenientes no estudo, com base no preenchimento de questionários e na gravação de voz, o que permite aumentar o conhecimento sobre as alterações na fala originadas pela doença.

1.9. Análise SWOT do CNS

Forças	Fraquezas	Oportunidades	Ameaças
<p>A crescente promoção da unidade de saúde através da Medical Port¹², dos meios de comunicação social nacionais, nomeadamente da televisão e da rádio, assim como no estrangeiro, sobretudo através da participação em congressos.</p> <p>O carácter pioneiro e inovador da unidade de saúde em Portugal e no resto da Europa.</p> <p>A sua localização em Portugal, um país seguro, com um clima ameno, e culturalmente interessante.</p> <p>O seu posicionamento numa zona elevada da cidade de Torres Vedras, com menos poluição e uma vista privilegiada.</p>	<p>Portugal não é ainda reconhecido como um destino de turismo médico no contexto do mercado turístico.</p> <p>Os preços elevados dos serviços disponibilizados pela unidade de saúde para turistas nacionais.</p>	<p>O aumento da esperança média de vida faz aumentar o número de pessoas interessadas neste tipo de serviço.</p> <p>A promoção do país, das condições das suas unidades de saúde e da qualidade dos seus profissionais de saúde, de forma a conseguir alcançar o estatuto de destino de turismo médico.</p> <p>Os preços acessíveis para turistas oriundos de outros países europeus.</p> <p>Por razões históricas, a facilidade na promoção do CNS em países africanos (Angola, Moçambique e Cabo Verde) e no Brasil.</p>	<p>Os grandes destinos de turismo médico já consolidados mundialmente no mercado turístico.</p> <p>A nível nacional, que surja uma degradação da situação económico-social.</p> <p>A nível internacional, que haja um agravamento dos conflitos entre nações, comprometendo a atual imagem de segurança do nosso país.</p>

¹² A Medical Port (<http://www.medicalport.org/>) é um facilitador de turismo médico, que publicita os serviços de saúde portugueses das mais variadas especialidades, conferindo assim credibilidade e qualidade aos cuidados de saúde em Portugal, incentivando eventuais utentes estrangeiros a eleger o nosso país como destino de turismo médico.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

<p>O serviço extremamente completo oferecido pela instituição.</p> <p>A qualidade das infraestruturas, dos equipamentos e dos serviços da unidade de saúde.</p> <p>Os seus profissionais de saúde de renome, reconhecidos internacionalmente, nomeadamente o Prof. Doutor Joaquim Ferreira.</p>		<p>O aumento da notoriedade da unidade de saúde através da participação em diversos projetos de investigação a nível internacional.</p>	
---	--	---	--

Tabela 5 – Análise SWOT do CNS.

Fonte: Realizado por Joana Sousa em conjunto com o Eng. João Ferreira.

2. Estágio no CNS

2.1. Contextualização e Área de Atuação

O interesse pelo CNS surgiu por intermédio da Prof. Doutora Alcinda Pinheiro de Sousa que, por já conhecer a unidade de saúde e os seus serviços, decidiu mencioná-la, no contexto de uma das aulas da disciplina de Comunicação e Cultura, a título de exemplo de um projeto empreendedor e inovador no âmbito do turismo médico.

Sendo eu habitante de Torres Vedras e residindo relativamente perto da unidade de saúde, pensei que seria uma possibilidade e uma oportunidade interessantes de realização de um estágio curricular no âmbito do curso de mestrado.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Deste modo, contactei o CNS, com o objetivo de marcar uma primeira e breve reunião com o Eng. João Ferreira, a fim de colocar algumas questões sobre a unidade de saúde e demonstrar o meu interesse em realizar o estágio na mesma.

A reunião foi facilmente agendada, tendo decorrido na manhã do dia 19 de maio de 2015. Durante a reunião, o Eng. João Ferreira mostrou-se disponível para responder a todas as minhas perguntas relativamente à criação do CNS e à área de atuação dos seus serviços. E, quando questionado sobre a possibilidade de realizar o estágio curricular no CNS, o Eng. João Ferreira não hesitou em aceder ao meu pedido, ressaltando a importância de auxiliar os jovens estudantes a trilhar o início do seu percurso profissional.

Uma nova reunião foi, mais tarde, marcada para o dia 4 de agosto de 2015, que contou com a presença e participação da Prof. Doutora Alcinda Pinheiro de Sousa, nessa altura, já orientadora deste relatório de estágio. O objetivo da reunião foi a discussão de algumas questões formais alusivas aos contornos gerais do estágio, nomeadamente sobre a sua duração e os documentos de formalização do mesmo.

No dia 21 de setembro de 2015 teve lugar uma nova reunião, que contou com a minha presença e a do Eng. João Ferreira, a fim de formalizar o estágio com o delineamento definitivo de alguns aspetos: duração; funções; preenchimento de documentos; informações sobre intenções futuras do CNS relativamente à concretização de novos projetos.

A partir desta data, eu e o Eng. João Ferreira mantivemos o contato presencialmente e via correio eletrónico, com vista ao delineamento de novas tarefas a realizar, ao envio de trabalhos já elaborados e à receção de novas informações.

O estágio curricular teve início no dia 23 de setembro de 2015, tendo terminado no dia 16 de março de 2016. No total, o estágio compreendeu 480 horas de trabalho, cerca de 20 horas semanais.

O estágio foi realizado no âmbito do Departamento de Gestão e Marketing do CNS, sob a direção do Eng. João Ferreira, o meu supervisor de estágio.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

As minhas funções ao longo do estágio centraram-se nas áreas da comunicação e da cultura no âmbito do turismo médico e da divulgação da unidade de saúde.

2.2. Tarefas Desempenhadas¹³, Participação em Atividades e Balanço sobre o Estágio

Entre setembro de 2015 e março de 2016, foram várias as tarefas desempenhadas no âmbito do estágio curricular realizado no CNS.

A primeira tarefa (setembro) consistiu na revisão e correção de três documentos extensos (dois em língua inglesa e um em português) relativos a programas de reabilitação no âmbito da Doença de Parkinson e do AVC, com vista a serem publicitados no site da Medical Port.

A segunda tarefa (setembro – outubro) compreendeu a revisão e correção de um encarte informativo sobre os serviços disponibilizados pelo CNS, com o objetivo de este ser distribuído juntamente com cinco jornais nacionais: *Badaladas* (Torres Vedras), com 9000 folhetos; *Alvorada* (Coimbra), com 3100 folhetos; *Gazeta das Caldas* (Caldas da Rainha), com 8000 folhetos; *Jornal de Leiria* (Sintra), com 15 000 folhetos; e *O Carrilhão* (Mafra), com 2500 folhetos.

Na sequência dessa revisão, o Eng. João Ferreira solicitou a minha presença numa das reuniões que teve lugar na ZDA – Imagem e Comunicação¹⁴, no dia 16 de novembro de 2015, com o intuito de poder expor algumas propostas de correção do encarte. Nessa reunião discutiu-se ainda a inclusão e respetiva promoção de novas atividades a serem realizadas no âmbito dos CNS Campus de Outono, Primavera e Verão, nomeadamente a Dança e o Tai Chi, adaptados a doentes de Parkinson. As fisioterapeutas Daniela Guerreiro e Verónica Caniça expuseram a sua ideia de publicar alguns vídeos informativos na página de Facebook do CNS, com o intuito de dar

¹³ Os documentos comprovativos das tarefas desempenhadas ao longo do estágio não serão anexados por motivos de confidencialidade para com o CNS.

¹⁴ A ZDA – Imagem & Comunicação (<http://zda.pt/>) é uma empresa de publicidade, sediada em Torres Vedras, que criou o logótipo da unidade de saúde e elaborou os encartes para distribuição nos jornais da região, encarregando-se ainda da gestão e atualização do site e da página de Facebook oficiais do CNS.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

conselhos e divulgar medidas preventivas sobre como lidar com doentes neurológicos no domicílio (ex.: vídeo sobre como prevenir quedas em casa).

A quarta tarefa (novembro) concerniu a tradução de diversos textos informativos sobre os serviços do CNS e algumas conferências futuras (informações sobre as suas datas de realização, os seus temas e os seus palestrantes), de forma a serem divulgados na secção de língua inglesa do site do CNS.

A quinta tarefa (novembro) disse novamente respeito ao encarte, no sentido de analisar a mais recente versão alterada, que me foi enviada pelo Eng. João Ferreira, e de propor novas alterações.

O sexto trabalho (novembro – dezembro) abrangeu a categorização de todas as conferências já realizadas e por realizar (entre 2014 e 2016, da mais recente para a mais antiga), assim como a proposta de cerca de doze temas para conferências futuras.

O sétimo trabalho (janeiro) consistiu na pesquisa de todas as Universidades Seniores num raio de aproximadamente 100 km de Torres Vedras, organizadas por ordem alfabética, com a indicação da entidade acolhedora e dos seus contactos (telefónico e de correio eletrónico). No total obteve-se uma listagem de 61 Universidades Seniores.

O oitavo trabalho (janeiro) comportou a investigação de todas as Associações de Reformados num raio de aproximadamente 100 km de Torres Vedras, organizadas por ordem alfabética, com a indicação dos seus contactos (telefónico e de correio eletrónico). No total conseguiu-se uma listagem de 122 Associações de Reformados.

Tendo em conta a abordagem da temática da interação sociocultural no relatório, o Eng. João Ferreira considerou pertinente a marcação de uma reunião com a Animadora Sociocultural do CNS, a Ana Cláudia, que teve lugar no dia 13 de janeiro de 2016, de forma a familiarizar-me com as atividades desenvolvidas nesse âmbito. Para além da realização dessa reunião, tive ainda a oportunidade de assistir a diversas atividades de animação sociocultural desenvolvidas pela profissional Ana Cláudia com os utentes da instituição.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

Consequentemente, a décima tarefa (fevereiro) foi uma proposta minha ao Eng. João Ferreira, dado que após verificar a falta de informação fornecida no site do CNS relativamente ao serviço de animação sociocultural, pareceu-me preponderante que fosse reconhecida a sua relevância e pertinência aquando da divulgação dos serviços da unidade de saúde. Deste modo, redigi um texto, no qual mencionava a importância desse serviço, dando exemplos de diversas atividades levadas a cabo no estabelecimento. Este texto viria a ser publicado pouco tempo depois no site do CNS (<http://www.cnscampus.com/servicos-unidade-residencial>).

O décimo primeiro trabalho (fevereiro) compreendeu a recolha dos contactos (telefónico e de correio eletrónico) do Serviço Social dos Hospitais da Zona Oeste. No total conseguiu-se uma listagem de 6 Centros Hospitalares com Serviço Social.

A décima segunda tarefa (fevereiro) consistiu na elaboração de dois e-mails padrão a serem utilizados no futuro: um e-mail de proposta de realização de conferência numa Universidade Sénior e/ou Associação de Reformados; um segundo e-mail de convite a Universidades Seniores e Associações de Reformados para conferências a terem lugar no CNS.

A décima terceira tarefa (março) concerniu a reelaboração e atualização de uma listagem de entidades mundiais no âmbito da Doença de Parkinson. As entidades foram listadas e organizadas por: continente, país, tipo de entidade (unidades de saúde, associações e organizações, fundações e centros de investigação), denominação e respetivo site oficial para consultas futuras.

Por fim, a décima quarta tarefa (março) consistiu na pesquisa de agências de viagens localizadas no estrangeiro e promotoras de turismo médico no âmbito da neurologia, da neurocirurgia e do envelhecimento, com a indicação do site oficial e dos seus contactos (telefónico e de correio eletrónico). No total obteve-se uma listagem de 10 agências de viagens.

O balanço do estágio curricular é positivo, dado que serviu de introdução ao início da minha carreira profissional na área do turismo, permitindo-me conhecer detalhadamente o funcionamento de uma unidade de saúde, que tem como um dos

seus objetivos receber pessoas no âmbito do turismo médico, oportunidade esta que de outra forma não seria possível.

3. Sugestões para o Futuro do CNS

Após a realização do estágio curricular, que propiciou um contacto direto com o CNS, resultando na análise previamente apresentada, revela-se importante enumerar algumas sugestões a serem eventualmente tidas em consideração de futuro no CNS, com o objetivo de ampliar o conjunto de serviços oferecidos e a sua qualidade.

Primeiramente, importa destacar o trabalho notável desenvolvido pela unidade de saúde ao conseguir reunir diversas valências num mesmo espaço. Por um lado, a valência da medicina através do diagnóstico e acompanhamento dos utentes por profissionais de saúde devidamente qualificados. E, por outro lado, a existência de uma unidade de neuroreabilitação orientada por fisioterapeutas de renome que ajudam os utentes durante a execução dos mais variados programas de exercício clínico estipulados previamente em função dos seus diagnósticos. Neste contexto, verifica-se que, para além de uma abordagem multidisciplinar, é primordialmente importante a consideração de um trabalho interdisciplinar, que conjugue as diversas áreas de atuação de todos os profissionais da instituição, com o objetivo de fornecer um serviço o mais completo e adaptado possível aos diversos utentes, que constituem um grupo diferenciado em termos de diagnóstico e de necessidades específicas. E, de facto, o CNS é exímio na gestão desta interdisciplinaridade, visto que, antes de mais, as necessidades dos utentes pressupõem um diagnóstico adequado da sua condição de saúde, seguindo-se a atribuição de uma medicação igualmente adaptada ao seu diagnóstico e a manutenção da atividade física, que remete para a vertente da fisioterapia.

Uma outra valência já considerada pelo CNS diz respeito à importância da interação sociocultural dos utentes da instituição, na medida em que, para além da relevância do estímulo para a mobilidade, importa igualmente a promoção do estímulo

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

das faculdades intelectuais, procurando exercitar a mente e a capacidade cognitiva e, assim, surgem as atividades de interação sociocultural.

A interdisciplinaridade já mencionada deveria conferir uma maior importância a esta componente do estímulo cultural, conjugando, deste modo, as valências: médica, de reabilitação e cultural. E, na realidade, a unidade de saúde tem vindo a reunir esforços nesse sentido através do desenvolvimento de diversas atividades realizadas no âmbito da cultura, já mencionadas anteriormente. Contudo, aquilo que pode ser encarado como suscetível de ser melhorado pelo CNS remete para a necessidade de valorizar o estilo de vida, o estatuto social, as habilitações académicas, bem como os gostos e os interesses dos utentes, antes da chegada à unidade de saúde. Deste modo, as capacidades dos utentes seriam à partida consideradas, o que permitiria o planeamento de atividades que poderiam ser desenvolvidas até mesmo pelos próprios, embora com o acompanhamento de um profissional do domínio da animação sociocultural. Assim, valorizar-se-iam as potencialidades dos utentes, estando ou não relacionadas com a sua experiência profissional, o que serviria ainda de estímulo para outros que, não se revendo inicialmente na realização de dada atividade, poderiam vir a considerá-la interessante e começar a praticá-la. A título de exemplo: supondo que um dos utentes é capaz de tocar um instrumento musical seria interessante dinamizar atividades de interação desse utente com os outros no âmbito da música; imaginando que alguém tem conhecimentos de História poderia partilhá-los com o restante grupo; ou ainda alguém que tem um bom domínio da língua portuguesa poderia ensinar algumas palavras e expressões básicas a utentes estrangeiros que estivessem interessados em aprender; ou dar a oportunidade a um utente que sabe fazer renda de ensinar outros utentes a experimentar/aperfeiçoar essa prática. Quer isto dizer que, tendo estes aspetos em consideração, estariam a propiciar uma partilha de conhecimentos e experiências entre utentes, que deveria até incluir os que se encontram em regime de ambulatório (não cingindo estas atividades exclusivamente aos utentes em regime de internamento) e a restante comunidade local (familiares, amigos e/ou cuidadores), fomentando assim o já referido sentimento de utilidade no

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
II. Descrição e Análise do Estágio

contexto da sociedade, da qual o utente é um elemento integrante. Um outro aspeto a ter em consideração prende-se com a necessidade preponderante de cada vez mais trazer o exterior ao interior do CNS, ou seja, permitir que o utente conheça o que se passa ao seu redor, sem que isso obrigue à sua deslocação, muitas vezes difícil, por obrigar a viagens de longa duração ou por impedimentos em termos de acessibilidade nos locais a visitar. Assim sendo, seria interessante visitar um monumento ou um museu virtualmente ou assistir a um concerto ou a uma peça de teatro, por exemplo, com o auxílio da tecnologia, que nos dá a oportunidade de descobrir novos lugares e outras realidades, assim como de ver/rever alguns espetáculos que são gravados e disponibilizados nas plataformas digitais. Importa, contudo, reforçar a ideia de que estas atividades requerem sempre planeamento e adaptação à condição de saúde dos vários utentes, assim como às suas necessidades e eventuais limitações, devendo, por isso, as mesmas caracterizarem-se pelo pragmatismo e simplicidade, de forma a não exigir demasiado dos seus intervenientes. No fundo, fomentar a ideia de um momento agradável e não da realização de uma atividade por obrigação.

Para concluir, o CNS é, de facto, um projeto pioneiro e inovador no âmbito da neurologia, disponibilizando um serviço muito completo aos seus utentes, que através do aperfeiçoamento de pequenos aspetos, continuará a ser bem-sucedido no panorama nacional e revelar-se-á ainda mais marcante no panorama internacional.

Conclusão

A população sénior apresenta valores muito elevados no âmbito do panorama demográfico mundial.

Como vimos, o envelhecimento compreende um processo extremamente complexo de alterações aos mais variados níveis e, que, por conseguinte, implica a conceção, planeamento e disponibilização de infraestruturas e serviços adaptados às necessidades/limitações, aos interesses e às expetativas dos indivíduos seniores.

Para além disso, estes serviços devem ainda apresentar um carácter inovador e diferenciador no contexto do mercado turístico, de forma a fazer face à concorrência neste setor de atividade. Portugal já começa a investir nesse sentido, tendo como planos futuros a criação de produtos turísticos estratégicos no âmbito do turismo sénior e do turismo médico. A criação do Campus Neurológico Sénior é um desses produtos, considerado pioneiro e inovador em Portugal e no restante continente europeu. Com a concretização deste projeto e o seu sucesso comprovado, o país tem aqui a oportunidade de promover as suas infraestruturas, equipamentos e profissionais na área da saúde, o que lhe poderá vir a conferir o estatuto de destino preferencial no contexto do turismo médico. Torna-se, portanto, imperativo o investimento na promoção de Portugal, que gradualmente poderá incrementar a sua importância no mercado turístico europeu e, possivelmente no futuro, no mundial, concorrendo com importantes destinos de turismo médico, tais como Cuba, Índia e Malásia.

Por todos os motivos já referidos, o envelhecimento, o turismo sénior e o turismo médico são temáticas que requerem uma preocupação particular, na medida em que os serviços disponibilizados devem ter como base uma grande variedade de considerações, nomeadamente a promoção de um envelhecimento ativo e saudável e tudo o que isso implica. Por conseguinte, a continuação da investigação nestas áreas é de primordial importância, considerando o aumento tendencial da população sénior no contexto

Relatório de Estágio
O TURISMO SÊNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÊNIOR
Conclusão

mundial, assim como a exigência de uma constante readaptação do mercado através da criação de novos produtos personalizados e inovadores, como resultado da competitividade vigente no âmbito do setor turístico.

A título de mensagem final, todos nós nos preocupamos com a manutenção da qualidade de vida ao longo da nossa existência. Por isso, pensar na disponibilização de serviços adequados a uma etapa da vida, que geralmente requer mais cuidados, é algo preponderante. E não podemos esquecer que os jovens de hoje serão os seniores de amanhã!

Referências

- Alén, E., Losada, N. e Carlos, P. (2015) 'Profiling the segments of senior tourists throughout motivation and travel characteristics', *Current Issues in Tourism*, pp. 1-16 [Em linha]. DOI: 10.1080/13683500.2015.1007927 [Consult. 10 junho 2015].
- Bennett, T., Grossberg, L. e Morris, M. (2005) *New Keywords: A Revised Vocabulary of Culture and Society*, Oxford, Blackwell Publishing.
- Bromley, D. (1966) *Psicologia do Envelhecimento Humano* (tradução de M. Miranda), Lisboa, Ulisseia.
- Buhalis, D. e Darcy, S. (2011) *Accessible Tourism: Concepts and Issues*, Bristol, Channel View Publications.
- Cannas, R. (2012) 'An Overview of Tourism Seasonality: Key Concepts and Policies', *Almatourism – Journal of Tourism, Culture and Territorial Development*, vol. 3, n.º 5, pp. 40-58 [Em linha]. DOI: 10.6092/issn.2036-5195/3120 [Consult. 8 junho 2015].
- Cavaco, C. (2009) 'Turismo sénior: perfis e práticas', *COGITUR – Journal of Tourism Studies*, pp. 33-64 [Em linha]. Disponível em: http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Turismo_senior.pdf [Consult. 29 maio 2015].
- CNS – Campus Neurológico Sénior (2013) [Em linha]. Disponível em: <http://www.cns-campus.com/> [Consult. 4 maio 2015].
- CNS – Campus Neurológico Sénior (2014) [Em linha]. Disponível em: <https://www.facebook.com/campusneurologicosenior/> [Consult. 4 maio 2015].
- Confederação do Turismo Português (2005) *Reinventando o Turismo em Portugal: Estratégia de desenvolvimento turístico português no 1.º quartel do século XXI*, Lisboa, Confederação do Turismo Português.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Referências

- Cooper, C., Fletcher, J., Fyall, A., Gilbert, D. e Wanhill, S. (2007) *Turismo: Princípios e Práticas* (tradução de A. Salvaterra), 3.ª ed, Porto Alegre, Bookman.
- Cunha, L. (2003) *Perspectivas e Tendências do Turismo*, Lisboa, Edições Universitárias Lusófonas.
- Cunha, L. e Abrantes, A. (2013) *Introdução ao Turismo*, 5.ª ed, Lisboa, Lidel – Edições Técnicas.
- Diário da República (2016) 1.ª série, n.º 64, p. 1117 [Em linha]. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/74007212> [Consult. 10 setembro 2016].
- Fernandes, I. (2014) 'A pertinência da Medicina Narrativa na prática clínica', *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, vol. 30, n.º 5, pp. 289-290 [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v30n5/v30n5a03.pdf> [Consult. 4 dezembro 2016].
- Fernandes, J. e Fernandes, F. (2011) *Turismo de Saúde e Bem-estar no Mundo*, São Paulo, Senac.
- Ferreira, A. (2013) *Turismo Acessível: Oportunidades, Desenvolvimento e Desafios*, Dissertação de Mestrado, Estoril, Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril.
- Ferreira, C. (2006) *Portugal, Destino Turístico da População Idosa Europeia*, Lisboa, Turismo de Portugal, I.P.
- Ferreira, R. (2011) *Turismo de Saúde em Portugal: Turismo médico e turismo de bem-estar*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Instituto Universitário de Lisboa.
- Figueiredo, D. (2007) *Cuidados Familiares ao Idoso Dependente*, Lisboa, Climepsi.
- Filho, D., Teive, H. e Werneck, L. (2007) 'Early-onset Parkinson's Disease and Depression', *Arq. Neuro-Psiquiatr*, vol. 65, n.º 1, pp. 5-10 [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v65n1/a03v65n1.pdf> [Consult. 8 agosto 2016].

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Referências

- Garcia, M. (2011) *A procura de experiências hedónicas por parte do turista sénior: um estudo exploratório*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.
- Gil, A. (2013) 'Voluntariado ou Trabalho de Cuidados na Esfera Familiar?: Controvérsias em Torno do Envelhecimento Ativo', em Carvalho, M., *Serviço Social no Envelhecimento*, Lisboa, Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação, pp. 105-122.
- Gomes, A. (2013) *A Intervenção Psicomotora no Envelhecimento Patológico*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Universidade Técnica de Lisboa.
- Grossman, E. e Cardoso, M. (2006) 'As narrativas em medicina: contribuições à prática clínica e ao ensino médico', *Revista Brasileira de Educação Médica*, vol. 30, n.º 1, pp. 6-14 [Em linha]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbem/v30n1/v30n1a02.pdf> [Consult. 4 dezembro 2016].
- Healthy'n Portugal (2014) *Atlas de Oportunidades para o Turismo de Saúde e Bem-Estar* [Em linha]. Disponível em: http://www.healthyn.pt/Images/Documentos/Atlas_de_Oportunidades_para_o_Turismo_de_Sa%C3%BAde_e_Bem-Estar.pdf [Consult. 29 junho 2015].
- Henriqueto, S. (2013) *A Resiliência, o Suporte Social e o Bem-Estar na Adaptação ao Envelhecimento*, Dissertação de Mestrado, Faro, Universidade do Algarve.
- Houston, S. (2015) 'Feeling Lovely: An Examination of the Value of Beauty for People Dancing with Parkinson's', *Dance Research Journal*, vol. 47, n.º 1, pp. 27-43 [Em linha]. DOI: 10.1017/S0149767715000042 [Consult. 13 abril 2016].
- Instituto Nacional de Estatística (2012) *Saúde e Incapacidades*, pp. 1-15 [Em linha]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=149162513&DESTAQUESmodo=2 [Consult. 15 junho 2015].

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Referências

- Instituto Nacional de Estatística (2014) *Projeções de população residente 2012-2060* [Em linha]. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUES-dest_boui=208819970&DESTAQUESmodo=2 [Consult. 15 junho 2015].
- Jennings, G. e Nickerson, N. (2006) *Quality Tourism Experiences*, Oxford, Elsevier Butterworth-Heinemann.
- Lisbon, P. (2015) *Turismo Sénior: Contributo para o Envelhecimento Ativo e Saudável*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Universidade de Lisboa.
- Lopes, M. (2014) ‘Animação Sociocultural na Terceira Idade’, em Moura, C., *Idadismo: Prioridade na Construção Social da Idade*, Vila Nova de Gaia, Euedito, pp. 305-319.
- Marujo, J. (2009) ‘Movimento de Corpo, Espírito e Alma’, em Pereira, J. e Lopes, M., *Animação Sociocultural na Terceira Idade*, Chaves, Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural, pp. 181-194.
- McIntosh, R. e Goeldner, C. (1990) *Tourism: Principles, Practices and Philosophies*, 6.^a ed., Estados Unidos, John Wiley & Sons, Inc.
- Meneghini, A. (s.d.) s. tit. [Fotografia]. SIC Notícias – País [Em linha]. Disponível em: <http://sicnoticias.sapo.pt/pais/2015-12-07-Reformados-idosos-fecham-se-mais-em-casa-e-veem-mais-televisao> [Consult. 26 janeiro 2017].
- Montejano, J. (1991) *Estructura del Mercado Turístico*, Madrid, Síntesis.
- Moreno, A. (1999) ‘O Idoso e as Idades’, em Correia, P., Espanha, M. e Barreiros, J. (eds.) *Envelhecer Melhor com a Actividade Física*, Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, pp. 13-21.
- Novo, A. (2014) *Internacionalização na Saúde – o cluster do Turismo Médico em Portugal*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.
- Oliveira, C. (2013) *Práticas de Lazer dos Idosos Fora do Centro de Dia – Um Estudo de Caso*, Dissertação de Mestrado, Braga, Universidade do Minho.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Referências

- Paúl, M. (1996) *Psicologia dos Idosos: O Envelhecimento em Meios Urbanos*, Braga, S.H.O. – Sistemas Humanos e Organizacionais.
- Pelegrino, P. e Leal, M. (2009) *Perspectiva Biopsicológica do Envelhecimento*, São Paulo, SEADS – Fundação Padre Anchieta.
- Pereira, J. (2014) *Análise de viabilidade do desenvolvimento de um operador turístico especializado em turismo médico em Portugal*, Dissertação de Mestrado, Lisboa, Universidade Lusíada de Lisboa.
- Pohl, P., Dizdar, N. e Hallert, E. (2013) 'The Ronnie Gardiner Rhythm and Music Method – a feasibility study in Parkinson's disease', *Disability and Rehabilitation – An international, multidisciplinary journal*, vol. 35, n.º 26, pp. 2197-2204 [Em linha]. DOI: 10.3109/09638288.2013.774060 [Consult. 15 fevereiro 2017].
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations (2013) *World Population Prospects: The 2012 Revision, Highlights and Advance Tables* [Em linha]. Disponível em: https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2012_HIGHLIGHTS.pdf [Consult. 15 junho 2015].
- Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations (2015) 'Population ageing and sustainable development', *Population Facts*, vol. 4, n.º 2014, pp. 1-4 [Em linha]. Disponível em: http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/popfacts/PopFacts_2014-4Rev1.pdf [Consult. 9 outubro 2015].
- Ribeirinho, C. (2014) 'Envelhecimento e Inclusão Social', em Moura, C., *Idadismo: Prioridade na Construção Social da Idade*, Vila Nova de Gaia, Euedito, pp. 101-110.
- Romão, A., Pereira, A. e Gerardo, F. (2008) *As Necessidades dos Cuidadores Informais: Estudo na Área do Envelhecimento*, Lisboa, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Referências

- Rosa, B. (2012) *Sénior, o Turista do Futuro: Um Estudo Abrangente do Turista Sénior Português*, Dissertação de Mestrado, Estoril, Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril.
- Salas, M. (2004) 'A Figura e a Formação do Animador Sociocultural', em Trilla, J., *Animação Sociocultural: Teorias, Programas e Âmbitos*, Lisboa, Instituto Piaget, pp. 123-134.
- Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (2014) *Neurodegenerative Diseases* [Em linha]. Disponível em: http://www.scml.pt/en-GB/santa_casa_neuroscience_awards/research_areas/neurodegenerative_diseases/general_information/ [Consult. 22 janeiro 2017].
- Santos, C. (2005) *O Turismo Sénior Internacional e o Desenvolvimento Territorial*, Dissertação de Mestrado, Aveiro, Universidade de Aveiro.
- Santos, I. (2009) *Relatos Oraís de Idosos com Doença de Parkinson: Concepções sobre a Doença e o Cuidado Familiar*, Dissertação de Mestrado, Salvador, Universidade Federal da Bahia.
- Seixas, I. (2009) 'Ganhos em Saúde Decorrentes da Animação Sociocultural na Terceira Idade', em Pereira, J. e Lopes, M., *Animação Sociocultural na Terceira Idade*, Chaves, Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural, pp. 122-128.
- Sequeira, C. (2010) *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*, Lisboa, Lidel – Edições Técnicas.
- Serrão, D. (2014) 'Questões Éticas no Envelhecimento Humano', em Moura, C. (ed.) *Idadismo: Prioridade na Construção Social da Idade*, Vila Nova de Gaia, Euedito, pp. 31-41.
- Souca, M. (2010) 'Accessible Tourism – The Ignored Opportunity', *Annals of the University of Oradea: Economic Science*, vol. 1, n.º 2, pp. 1154-1157 [Em linha].

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Referências

Disponível em: <http://anale.steconomieuoradea.ro/volume/2010/n2/185.pdf>
[Consult. 10 junho 2015].

Souza, H., Filho, W. e Souza, R. (2006) *Turismo e qualidade de vida na terceira idade*, São Paulo, Manole.

Stuart-Hamilton, I. (2002) *A Psicologia do Envelhecimento Humano: Uma Introdução* (tradução de M. Veronese), 3.^a ed., Porto Alegre, Artmed.

Swarbrooke, J. & Horner, S. (2002) *O Comportamento do Consumidor no Turismo* (tradução de S. Krieger), São Paulo, Aleph.

Trilla, J. (2004) 'Conceito, Exame e Universo da Animação Sociocultural', em Trilla, J., *Animação Sociocultural: Teorias, Programas e Âmbitos*, Lisboa, Instituto Piaget, pp. 19-44.

Turismo de Portugal (2014) *Relatório do Grupo de Trabalho Interministerial: Turismo de Saúde* [Em linha]. Disponível em: <http://www.turismodeportugal.pt/POR-TUGU%C3%8AS/TURISMODEPORTUGAL/NEWSLETTER/2015/Documents/RelatGT-InterministerialTurismoSaude-2015.pdf> [Consult. 12 junho 2015].

Turismo de Portugal (2015) *Turismo 2020: Cinco Princípios para uma Ambição* [Em linha]. Disponível em: <http://www.turismodeportugal.pt/Portugu%C3%AAs/turismodeportugal/newsletter/2015/Documents/TURISMO2020-5Principios.pdf> [Consult. 20 outubro 2016].

UNIDAC – Universidade Sénior na Universidade (s.d.) s. tit. [Fotografia]. Sobre – Fotos [Em linha]. Disponível em: <http://unidacser.wixsite.com/unidac/sobre-1> [Consult. 16 fevereiro 2017].

Ventosa, V. (2009) 'Animação Sociocultural e Terceira Idade', em Pereira, J. e Lopes, M., *Animação Sociocultural na Terceira Idade*, Chaves, Intervenção – Associação para a Promoção e Divulgação Cultural, pp. 333-341.

Relatório de Estágio
O TURISMO SÉNIOR, O TURISMO MÉDICO E O ENVELHECIMENTO ATIVO:
O CASO DO CAMPUS NEUROLÓGICO SÉNIOR
Referências

- Vieira, M. (2015) *Universidade Sénior na Universidade: Proposta de implantação de uma UTI na Faculdade de Letras*, Trabalho de Projeto de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Williams, R. (1983) *Keywords: A Vocabulary of Culture and Society*, ed. rev., Nova Iorque, Oxford University Press.